



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ-PI  
Hospital Municipal de Pequeno Porte - HMPPNOPI  
Rua Inácio Barbosa s/nº - Centro - CEP: 64.530-000 - Novo Oriente do Piauí-PI  
Fone: TP: (89) 3475-1285 - CNPJ: 06.554.836/0001-14

## FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

UT 27: 30 209  
SENHA: 26 00 91 880

HOSPITAL: 164

### I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Patrícia Ribeiro de Souza

CNS: \_\_\_\_\_ DN: 11 103 11973 IDADE: 25 ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: Patrícia Ribeiro de Souza TELEFONE: ( )

### II - ENCAMINHAMENTO

#### CONDIÇÕES DO PACIENTE:

Patrícia Ribeiro de Souza, motociclista, com dor no peito, sensação de  
estranhamento, apertado no local do acidente e visão turva por  
todo corpo, mais dor intensa em hipocondrião (D). Suspeito?

#### DIAGNÓSTICO

TCC ?

#### EXAMES REALIZADOS

Exame gabinete / Urologia PA = 90 x 70 mmHg TAx = 36 °C  
Glicose = 172 mg/dl

#### TRATAMENTO REALIZADO

Exame gabinete / Análise ISAREMI/SEGURADOR/OUTRA

#### MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

14 SET 2010

RECEBIDO

Dra. Lorenna Café  
MÉDICA  
CRM-PI: 5755

DATA: 17/10/18

*Lorenna*

ASSINATURA DO MÉDICO



Municipio de Novo Oriente do Piauí  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal de Pequeno Porte - HPP



### RECEITUÁRIO

NOME: Patrícia Bezerra da Conceição

Uso Interno

④ Fluorfene 600mg \_\_\_\_\_ Ixarce  
Tomar 1x ao dia, 10, 8/8h.

④ Bromopride 40mg \_\_\_\_\_ Efusco  
Tomar 2x ao dia, 10, 8/8h.

Marcos Rêgo Leal Ferreira

MÉDICO

CRM-PI: 5711

Médico/CRM  
Carimbo

22/06/98

Rua 7 de Setembro nº 470 - Centro - Novo Oriente do Piauí - PI  
CEP 64.530-000 - Fone: (89) 3475-1353



Município de Novo Oriente do Piauí  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal de Pequeno Porte - HPP



RECEITUÁRIO

NOME:

Patrícia Bezerra da Conceição

1 Drotflam - 1x

01 amp 8ml

Dr. Raphael Melo  
MÉDICO  
CRM/PI/5.182

Médico/CRM  
Carimbo

3/7/18

Rua 7 de Setembro nº 470 – Centro – Novo Oriente do Piauí – PI  
CEP 64.530-000 – Fone: (89) 3475-1353





Município de Novo Oriente do Piauí  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal de Pequeno Porte - HPP



### RECEITUÁRIO

NOME: Fátima Bezerra de Carimbo

Uso Externo

Rx

1) Desentorano 2mg/dia —— OAMP  
OAMP, fm, agm.

Uso Interno

2) Moxicilina 100 —— 04xdia  
tomar 1 caps no, dia 8/8h por 5 dias

19/07/2018

Dr. Francisco L. Carimbo  
CRM 1145

Médico/CRM  
Carimbo

---

Rua 7 de Setembro nº 470 – Centro – Novo Oriente do Piauí – PI  
CEP 64.530-000 – Fone: (89) 3475-1353

---



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ-PI  
Hospital Municipal de Pequeno Porte - HMPPNOPI  
Rua Inácio Barbosa s/nº - Centro - CEP: 64.530-000 - Novo Oriente do Piauí-PI  
Fone: TP:(89) 3475-1285 - CNPJ: 06.554.836/0001-14

## FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

Diários

SENHA: 20180711064649

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

### I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Tatiane Resende dos (encusão)  
CNS: 701807239186275 DN: 13/03/93 IDADE: 24 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

ENDERECO: Av. 30 de Setembro n° 28 Bairro: Gil Marques

CIDADE DE ORIGEM: Novo Oriente do Piauí

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_

### II - ENCAMINHAMENTO

#### CONDIÇÕES DO PACIENTE:

Paciente vítima de acidente motociclistico dia 13/6 com 76E, encaminhada a Unifor. Relevante lesão óssea no braço direito com fratura completa da clavícula. (D)

#### DIAGNÓSTICO

Fratura Completa da Clavícula. Direita

#### EXAMES REALIZADOS

Raios X (09/07)

SABEM SEGURO D'ÁGUA

#### TRATAMENTO REALIZADO

Immobilização

14 SET 2018

#### MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Atendimento Ortopédico

RECEBIDO

DATA: 10/07/18

ASSINATURA DO MÉDICO

**Nome:** PATRICIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO  
**Requisitante:** FRANCISCO DANTAS III  
**Data:** 09/07/2018

Nº: 21034

**EXAME: RX DA CLAVÍCULA DIREITA**

**RELATÓRIO**

- Textura óssea preservada.
- Fratura completa no terço médio da diáfise da clavícula.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

*PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO*  
CRM: 3255

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax: (89) 3465-1201 - Valença do Piauí

Dir.

Enviado: 09/07/2018  
Méd. Dr. Fábio Francisco da  
M. Sc. Odont. Fábio Francisco da

Assunto: Exames de Raio X - Análise  
Assunto: Exames de Raio X - Análise  
Assunto: Exames de Raio X - Análise

Enviado: 09/07/2018  
Méd. Dr. Fábio Francisco da



Município de Novo Oriente do Piauí  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal de Pequeno Porte - HPP



## RECEITUÁRIO

NOME: \_\_\_\_\_

Declaração médica

Paciente Patrícia Bezerra da  
Conceição, deu entrada neste hospital  
último de outubro mafocástico, com  
TCE, inconsciente, pupilas isocônicas,  
fotoreceptores, abaulamento em  
clavilhe direita. Encaminhada  
para HNF.

17/06/2018

  
Dr. Ricardo Carimbo  
CRM 1152

Médico/CRM  
Carimbo

Rua 7 de Setembro nº 470 – Centro – Novo Oriente do Piauí – PI  
CEP 64.530-000 – Fone: (89) 3475-1353



**RECEITUÁRIO**

Nome: Patrícia Bezerra da Conceição

Função: vítima de acidente de trânsito (S20)

dia: 17/06/2018; seu nome: Traumatismo  
crânio-encefálico (S20), com epatite e hemorragia  
Esquerda, Traumatismo de clavícula direita com  
(fratura em 2/3 de diáfise da clavícula (D), com  
pleia, sendo realizado tratamento conservador,  
oltr do tratamento, 28/09/2018, com redução  
da capacidade funcional de membro superior (D-  
reito) de aproximadamente 10%, no momento  
do internamento:

Dr. Helder Antônio M. de Oliveira  
Médico  
CRM-PI 2640  
CPF: 111.111.111-72

Valença do Piauí-PI 07/12/18  
Helder Oliveira  
CRM-PI 2640

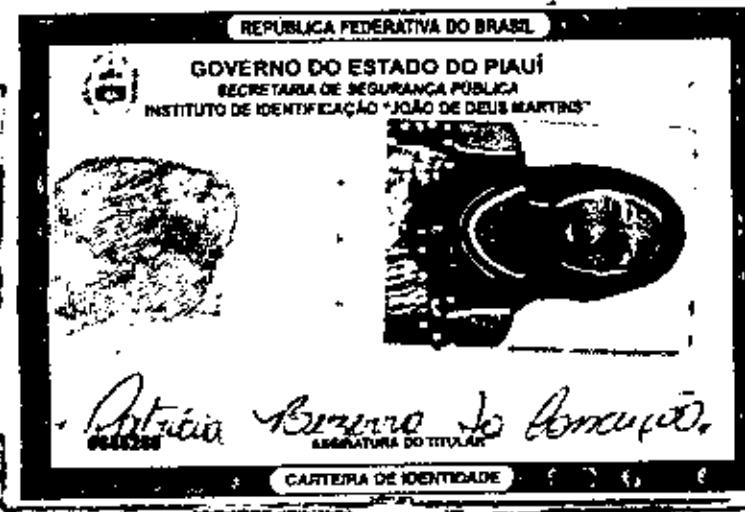
Saúde & Vida

**[89] 3465.2647**

SABEM SEJUR-JURASIA

10 DEZ 2018

RECEBIDO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.247.241 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/07/15

NOME PATRÍCIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO

PILHAÇÃO CLEONICE MARIA DA CONCEIÇÃO  
LUIΣ SEVERINO BEZERRA

NATURALIDADE BRASÍLIA-DF DATA DE NASCIMENTO 11/03/1993

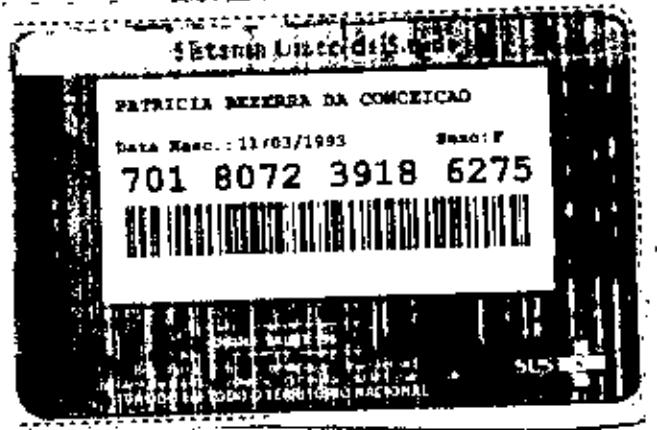
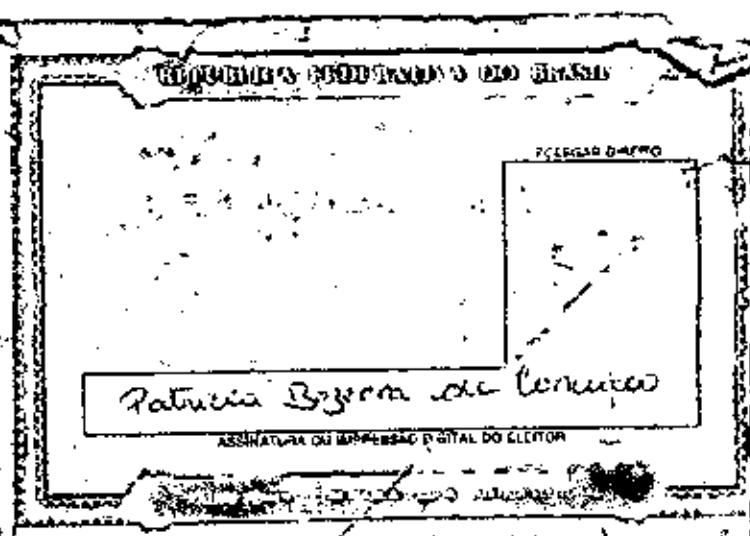
DOC. ORIGEM CERT. NASC. 150865 L A-253, F 13  
EXP. BRASÍLIA-DF 16/07/08

CPF 428.461.748-59

TEREZA 428.461.748-59

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 69.250/83



2.112.027 26/03/14

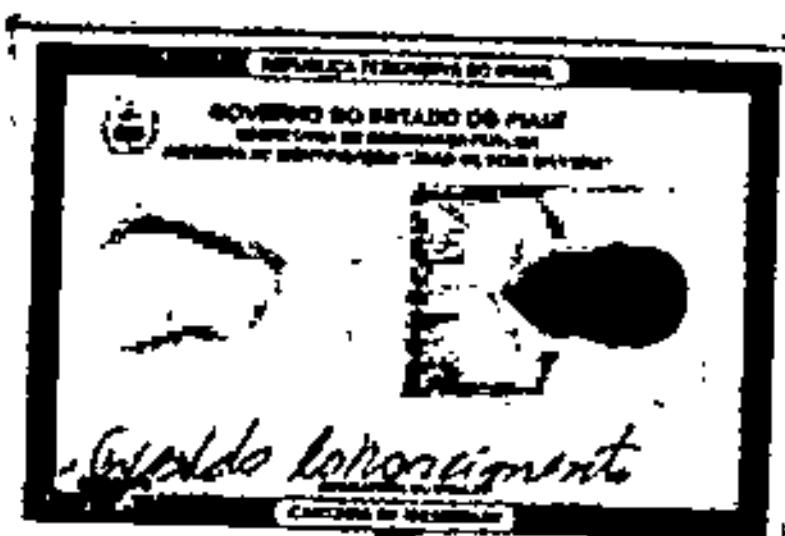
GIVALDO DO NASCIMENTO

ESMERALDA MARIA DO NASCIMENTO SANTIAGO

VALÉNCIA DO PIAUÍ-PI 01/11/1920

CERT. CASAM. 2623 L. 78 F 250V  
EXP. VALÉNCIA 20/02/2013 13/03/2012

572.574.781-61



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PI  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	0105541205		2018
NOME			
FRANCISCO MIGUEL DE SANTOS			
CPF / CNPJ			
15074551007			
PLACA / ANO / UF		PLACA	
PRB-7315		PRB-7315	
CHASSI			
9C2KG1604ER202647			
ESPECIFICO		COMBUSTÍVEL	
CICLO / MOTOCICL / CAMINH		1 / CICLO / CICL	
MARA / MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
HONDA / CG 150 TITAN EST		2015 / 2015	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
02P/0149CC		A1 / A2 / B1	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IP		VENC. / COTAS	
V FAIXA IPVA		1º IPVA	
A PARCELAMENTO / COTAS		2º IPVA	
		3º PAGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
SEGURADO		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
FIGO		135,50	
OBSERVAÇÕES			
AFILO		ADMINISTRADORA DE CONS TRAC - HON	
118			
LOCAL		DATA	
VALença - DC - PIAMI		15/05/2018	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI N° 013227937882 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 15/05/2018

RENAVAM	MARA / MODELO
0105541205	HONDA / CG 150 TITAN EST
ANO FAB.	ANO CHASSI
2015	9C2KG1604ER202647

PRÉMIO TARIFÁRIO	CUSTO DO SEGURO (R\$)
000,00	000,00
IOF (R\$)	135,50
000,00	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
000,00	14/05/2018
PAGAMENTO	DATA DE OUTAÇAO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.888/0001-04

SABEMI SEGURADORA S/A  
14 SET 2018  
RECEBIDO

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180427174**

Nome do(a) Examinado(a): **PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R SANTO AMARO, 28 - GIL MARQUES - Novo Oriente do Piauí - PI - CEP 64530-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **4247241**

Data e local do acidente: [ **17/06/2018** ] **NOVO ORIENTE - PIAUÍ**

Data e local do exame: [ **17/12/2018** ] **Picos** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*Traumatismo crânioencefálico Fratura de clavícula direita*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Paciente apresenta intenso déficit de movimento em ombro direito. Sem sequelas neurológicas ao exame.*

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*Submetido a tratamento conservador. Evoluiu com consolidação viciosa em clavícula direita, com deformidade e intensa limitação funcional do ombro direito. Refere alta médica.*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

*Déficit funcional de ombro direito: déficits de flexão (realiza 0-40), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-20), abdução (realiza 0-40), rotação interna (realiza 0-20) e rotação externa (realiza 0-10). Dor aos leves/moderados esforços. Edema (2+/3+). Déficit de força grau 4. Deformidade em região de clavícula direita.*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Ombro direito**

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.

**Raio X: Fratura completa no terço médio da diáfise da clavícula.**



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180427174      **Cidade:** Novo Oriente do Piauí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO      **Data do acidente:** 17/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

**CRM:** 5290873-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180427174      **Cidade:** Novo Oriente do Piauí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO      **Data do acidente:** 17/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180427174      **Cidade:** Novo Oriente do Piauí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO      **Data do acidente:** 17/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo crânioencefálico  
 Fratura de clavícula direita

**Descrição do exame médico pericial:** Sem sequelas neurológicas ao exame. Déficit funcional de ombro direito: déficits de flexão (realiza 0-40), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-20), abdução (realiza 0-40), rotação interna (realiza 0-20) e rotação externa (realiza 0-10). Dor aos leves/moderados esforços. Edema (2+/3+). Déficit de força grau 4. Deformidade em região de clavícula direita.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador. Evoluiu com consolidação viciosa em clavícula direita, com deformidade e intensa limitação funcional do ombro direito. Refere alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave do ombro direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Raio X: Fratura completa no terço médio da diáfise da clavícula.  
 Indenização em grau intenso do ombro devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido conforme parecer da médica examinadora.  
 Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

**Médico examinador:** Luanna Moura Moreira

**CRM do médico:** 4718

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180427174      **Cidade:** Novo Oriente do Piauí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO      **Data do acidente:** 17/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo crânioencefálico  
 Fratura de clavícula direita

**Descrição do exame médico pericial:** Sem sequelas neurológicas ao exame. Déficit funcional de ombro direito: déficits de flexão (realiza 0-40), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-20), abdução (realiza 0-40), rotação interna (realiza 0-20) e rotação externa (realiza 0-10). Dor aos leves/moderados esforços. Edema (2+/3+). Déficit de força grau 4. Deformidade em região de clavícula direita.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador. Evoluiu com consolidação viciosa em clavícula direita, com deformidade e intensa limitação funcional do ombro direito. Refere alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave do ombro direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Raio X: Fratura completa no terço médio da diáfise da clavícula.  
 Indenização em grau intenso do ombro devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido conforme parecer da médica examinadora.  
 Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

**Médico examinador:** Luanna Moura Moreira

**CRM do médico:** 4718

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

SEGURO DE VIDA

14 SET 2018

RECEBIDO

## OUTORGANTE:

Nome: PATRICIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO  
Nacionalidade: BRASILEIRA  
Estado civil: SOLTEIRA  
Identidade: 4.241.741 - SSP/PI  
CPF: 428.161.748 - 59  
Profissão: NAO INFORMADA  
Endereço: AV. SANTO AMARO 28 GIL MARQUES NOVO ORIENTE PI  
CEP: 64.530.000  
Telefone: (86) 99901-5855

## OUTORGADO:

Nome: EDIVALDO PONTE SANTOS  
Nacionalidade: BRASILEIRA  
Estado civil: DIVORCIADO  
Identidade: 2.172.027 - SSP/PI  
CPF/CNPJ: 912.574.783-68  
Profissão: NAO INFORMADA  
Endereço: RUA ANTÔNIO LUIS 1180 VILA GRALHA  
CEP: 64.300-000  
Telefone: (86) 999316677

Pelo presente instrumento particular de procuração, nuncio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo a outorgado poderes para emitir e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo estabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato e fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**.

Patrícia Bezerra da Conceição

Assinatura do Outorgante

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)



Novo Oriente Piauí 21/09/2018

Local e data

2º Cartório - Registro Civil; Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI

Rua Européia Martins, 380 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (86) 3465-1171

REGISTRO DE AUTENTICIDADE DE FIRMA DE: PATRICIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO  
Poder: AUTENTICAR FIRMAS  
Data: 21/09/2018  
Assinante: Francisca Maria Moraes de Roma  
Nº ABC-47731 (F160P23)

Francisca Maria Moraes de Roma  
Francisca Maria Moraes de Roma

Escrivente Autorizada



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336589/18

**Vítima:** PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO

**CPF:** 428.161.748-59

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/06/2018

**Titular do CPF:** PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### GIVALDO DO NASCIMENTO : 972.574.783-68

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO : 428.161.748-59

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/09/2018  
Nome: PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO  
CPF: 428.161.748-59

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2018  
Nome: VITOR MATEUS RODRIGUES  
CPF: 812.754.710-72

PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO

VITOR MATEUS RODRIGUES

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336589/18

**Número do Sinistro:** 3180427174

**Vítima:** PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO

**CPF:** 428.161.748-59

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/06/2018

**Titular do CPF:** PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/12/2018  
Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO  
CPF: 972.574.783-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2018  
Nome: VITOR MATEUS RODRIGUES  
CPF: 812.754.710-72

GIVALDO DO NASCIMENTO

VITOR MATEUS RODRIGUES

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO

**Nº Sinistro:** 3180427174

**Vitima:** PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO

**Data do Acidente:** 17/06/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** GIVALDO DO NASCIMENTO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180427174**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** **PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO**

**Nº Sinistro:** **3180427174**

**Vitima:** **PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO**

**Data do Acidente:** **17/06/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **GIVALDO DO NASCIMENTO**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180427174**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Documentação médica-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180427174**

**Vítima: PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO**

**Data do Acidente: 17/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

428.161.748-59

Nome completo da vítima

PATRÍCIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

PATRÍCIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO

CPF titular da conta

428.161.748-59

Profissão

MEI/ENTRENADEDO

Endereço

AV. SANTO AMARO

Número

28

Bairro

CIL MARQUES

Cidade

NOVO ORIENTE

Estado

PIAUÍ

Email

CEP

640530-000

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**
 **RECUSO INFORMAR**
 SEM RENDA

 ATÉ R\$ 1.000,00

 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 ACIMA DE R\$ 10.000,00

 **CONTA POLÍPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 BRADESCO (237)

 BANCO DO BRASIL (001)

 ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

NRO.

ORG.

CONTA

NRO.

3887

013

00007056

8

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

 **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGENCIA

NRO.

ORG.

CONTA

NRO.

ORG.

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

 NOVO ORIENTE, 22 de AGOSTO de 2018  
 Local e Data

SABERI SEGURADORA S/A

14 SET 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 199740.000046/2018-04

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Raimundo Nonato De Oliveira Rufino

Data/Hora: 21/08/2018 - 09:52

DAOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

NOVO ORIENTE DO PIAUÍ

Data/Hora

17/06/2018 - 08:30

Endereço

LOCALIDADE PÉ DA SERRA ( MUNICÍPIO DE NOVO ORIENTE), Nº: SN

Complemento

Ponto de Referência

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PATRÍCIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

RG: 4247241 SSP DF

Mãe: CLEONICE MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: LUIS SEVERINA BEZERRA

Endereço: AV SANTO AMARO, Nº 28

Complemento: GIL MARQUES

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ - CEP: 64530-000

Telefone(s): 89-9901-5855

SEGURO DA SERRA

14 SET 2018

RECEBIDO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 150 TITAN ESD

Ano: Placa: Chassi:

2015 PIH7315 9C2KC1650FR202647

Renavam: Cor:

01055113933 Preta

Condutor: PATRÍCIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO

RG: 4247241 Órgão: SSP UF RG: DF

End: AV SANTO AMARO Número: 28 Complemento: GIL MARQUES

Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: FRANCISCO MIGUEL DA SILVA

End: RUA PEDRO MACIEL DE MELO Número: 461

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

RELATO DA OCORRÊNCIA

A vítima compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil e relatou que dia 17 de junho de 2018 por volta das 08:30 horas conduzia o veículo tipo moto honda CG 150 Titan ESD da cidade de Novo Oriente do Piauí-PI para a localidade pé da serra, zona rural da cidade de Novo Oriente e quando se encontrava em frente ao cemitério ao fazer uma curva perdeu o controle do veículo e caiu; Que perdeu o sentido e só tornou quando estava em Teresina no Hospital de Urgência de Teresina-HUT; Que lá ficou internada por três dias; Que sofreu fratura completa no fêmur médio da Diáfise da cravícula e raladuras pelo corpo; Era o que tinha a registrar.,

Raimundo Nonato De Oliveira Rufino - Mat. 1083104

AGENTE DE POLÍCIA

PATRÍCIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO - Noticiante  
Responsável pela Informação



Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

499 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 199740.000046/2018-04

Delegado de Polícia

Boletim de Ocorrência emitido em: 29/09/2018 07:57 - SisBO@2011-2015 ATI

Página 2/2



Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

499 v. 1.0

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 199740.000046/2018-04

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Raimundo Nonato De Oliveira Rufino

Data/Hora: 21/08/2018 - 09:52

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável	Data/Hora
DP DE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ	17/06/2018 - 08:30
Tipo Local	
VIA PÚBLICA	
Município	Bairro
NOVO ORIENTE DO PIAUÍ	INFORMAR NO COMPLEMENTO
Endereço	
LOCALIDADE PÉ DA SERRA ( MUNICÍPIO DE NOVO ORIENTE), N°: SN	
Complemento	Ponto de Referência

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PATRÍCIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO	Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
RG: 4247241 SSP DF	
Mãe: CLEONICE MARIA DA CONCEIÇÃO	
Pai: LUIS SEVERINA BEZERRA	
Endereço: AV SANTO AMARO, N° 28	
Complemento: GIL MARQUES	
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO	
Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ - CEP: 64530-000	
Telefone(s): 88-9901-6855	

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	CG 150 TITAN ESD	2015	PIH7315	9C2KC1650FR202647	01055113933	Preta
Condutor:	PATRÍCIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO					
RG:	4247241 Orgão: SSP UF RG: DF					
End:	AV SANTO AMARO Número: 28 Complemento: GIL MARQUES					
Cidade:	NOVO ORIENTE DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO					
Proprietário:	FRANCISCO MIGUEL DA SILVA					
End:	RUA PEDRO MACIEL DE MELO Número: 461					
Cidade:	VALENÇA DO PIAUÍ UF: Bairro: OUTROS - ZONA URBANA					

### RELATO DA OCORRÊNCIA

A vítima compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil e relatou que dia 17 de junho de 2018 por volta das 08:30 horas conduzia o veículo tipo moto honda CG 150 Titan ESD da cidade de Novo Oriente do Piauí-PI para a localidade pé da serra, zona rural da cidade de Novo Oriente e quando se encontrava em frente ao cemitério ao fazer uma curva perdeu o controle do veículo e caiu; Que perdeu o sentido e só levou quando estava em Teresina no Hospital de Urgência de Teresina-HUT; Que lá ficou internada por três dias; Que sofreu fratura completa no terço médio da Diáfise da cravícula e raladuras pelo corpo; Era o que tinha a registrar..

Raimundo Nonato De Oliveira Rufino - Mat. 1083104  
AGENTE DE POLÍCIA

PATRÍCIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO - Noticiante  
Responsável pela Informação

**SABEM SÉGURADORA S/A**

10 DEZ 2018

RECEBIDO



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também pelo Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

**PATRÍCIA BEZERRA DA COSTA** (CPF da Vítima) **428.161.748-59** (Data do Acidente) **17/06/2013**

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

(CPF do Representante legal)

E-mail

(Telefone (DD))

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinante uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 50 (cinquenta) dias de respeitado pedido.
- Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de lesão ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização desta perícia não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.



**Patrícia Bezerra da Costa**

(Assinatura do Beneficiário)

(Assinatura do Representante Legal)



Prova do ato

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ-PI  
Hospital Municipal de Pequeno Porte - HMPPNOP  
Rua Inácio Barbosa s/nº - Centro - CEP: 64.530-000 - Novo Oriente do Piauí-PI  
Fone: TP (89) 3475-1285 - CNP: 06.554.836/0001-14

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

SENHA: 26 00 51 880

HOSPITAL: HOP

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Patrícia Gómez da Conceição

CNS: \_\_\_\_\_ DN: 11 103 11993 IDADE: 25 ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: Clarice, mãe da paciente TELEFONE: ( )

II - ENCAMINHAMENTO

CONDIÇÕES DO PACIENTE:

Patrícia vítima de acidente motociclistico com lesões contundentes, agudizadas no local do acidente e disseminadas pelo corpo, maior dor estando em laje e jardim. (S). Necessitado?

DIAGNÓSTICO

TCE am?

EXAMES REALIZADOS

Exame físico / Uroscopia PA = 130 x 70 mm Hg TAx = 36 °C  
Glicose: 172 mg / dl

TRATAMENTO REALIZADO

Paracetamol / Analgicos

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

TCE?

NAMEI SEGURADORA SIA		Dra. Lorena Café MÉDICA CRM-PI: 5785  <i>Lorena</i>
<u>DATA: 17/06/18</u>	14 SET 2018  RECEBIDO	

ASSINATURA DO MÉDICO

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 00000007056-8

---

Nr. da Autenticação EF9D7BFA7399DEC5



COMPANHIA ELETRÔNICA DO PIAUÍ  
Av. Marechal 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.381-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Régime especial de Impressão autorizado pela SITAE/OP/ME

Para entrar em contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

1584466-8

Nº da Nota Fiscal 007489239

A Tarifa Social de Energia Eletrobras - SSE é aplicada  
pelo Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

CONTA/MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	28/06/2018	83	78,48

CLEONICE MARTA DA CONCEICAO  
AV SANTO AMARO 28 GIL MARQUES B-URBANO  
CPF: 00072572027100  
CEP: 64.530-000 - NOVO ORIENTE DO PIAUÍ ROT: 219.751.16.40.045000

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	1250	Atual:	21/06/2018
Anterior:	1167	Anterior:	23/05/2018
Constante de Multiplicador:	1,0000	Próxima Leitura:	24/07/2018
Consumo Méd. de:	83	Entrega:	20/06/2018
Correção Retornada:	83	Apresentação:	21/06/2018

NORMAL

29

DETALHOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Eletro/Subeletro	Usuário	Nome/Ident.	Ponto	Código Pkt.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1860859		1.1.1.1	79
HISTÓRICO LEIAV					
Mês/ano consumo					
MAI/18	86	CONSUMO	83 A R\$ 0,807866 =	67,05	
ABR/18	73	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		9,84	
MAR/18	87	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00		0,18	
FEV/18	66	MULTA POR ATRASO 05/18-00		1,32	
JAN/18	75	JUROS DE MORA DE INPO 05/18-00		0,17	
DEZ/17	77	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,22		
NOV/17	89	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,00		
OUT/17	90				
SET/17	87				
AGO/17	86				

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISOS DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 056 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 20/06/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO DC82.AE26.498F.68E0.7468.2920.5C81.18E3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	14,07	BRASIL CUSTO:	67,05
Energie:	26,72	Imp. da CUSTO:	22,00%
Despesas:	4,20	Imp. da CUSTO:	14,75
Encargos:	4,25	Valor do PIS:	0,54
Tributos:	17,81	Valor do COFINS:	2,52

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,27 14,53 29,06 3,68 7,35 14,70 4,14  
0,00 0,00 0,00

NOVO ORIENTE 04/2018 21,29

SABEMI/SEGURADORA S/A  
14 SET 2018  
RECEBIDO



Avenida Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI  
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27  
Internet: [www.agespia.com.br](http://www.agespia.com.br)  
Endereço do Consumidor: Dado 06 86888  
**Fatura Mensal**

## **Fatura Mensal**

MATRÍCULA 1732850-0		Hidrômetro A07N261994	PERÍODO ABR/2018																															
<b>Nome/Razão Social/Endereço</b> <b>MIRIAN DANTAS NOGUEIRA</b> <b>RUA ANTONIO LUIS, 1186</b> <b>AMANDO LIMA</b> <b>VALENCA 64300000</b>																																		
AGF 165																																		
<b>Situação</b> <b>Ativo</b> <b>3/1</b>	<b>Categorias de Uso</b> <b>1</b>	Inscrição																																
		0130-000																																
<b>Período de Consumo</b> <b>09/03/2018</b>		<b>Período de Consumo</b> <b>09/04/2018</b>	31																															
<b>Histórico de Consumo</b> <table border="1"> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Volume</th> <th>Consumo</th> <th>Qtd</th> </tr> <tr> <td>10/17</td> <td>1187</td> <td>26</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>11/17</td> <td>1198</td> <td>11</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>12/17</td> <td>1207</td> <td>91</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>01/18</td> <td>1215</td> <td>8</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>02/18</td> <td>1224</td> <td>4</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>03/18</td> <td>1232</td> <td>6</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>04/18</td> <td>1245</td> <td>15</td> <td>0</td> </tr> </table>		Mês/Ano	Volume	Consumo	Qtd	10/17	1187	26	0	11/17	1198	11	0	12/17	1207	91	0	01/18	1215	8	0	02/18	1224	4	0	03/18	1232	6	0	04/18	1245	15	0	<b>Forma de Faturamento</b> <b>FATURADO P/ CONSUMO NORMAL</b> <b>Ed. Residencial</b> <b>028662089</b> <b>Consumo Mês:</b> <b>11</b> <b>Consumo Atual:</b> <b>13</b>
Mês/Ano	Volume	Consumo	Qtd																															
10/17	1187	26	0																															
11/17	1198	11	0																															
12/17	1207	91	0																															
01/18	1215	8	0																															
02/18	1224	4	0																															
03/18	1232	6	0																															
04/18	1245	15	0																															
DESCRICAÇÃO DA FATURA																																		
<b>Obs. Nome do Serviço</b> <b>ALIA</b> <b>MANTENÇÃO HIDROMETRO</b>		<b>Valor R\$</b> <b>43,97</b> <b>1,90</b>																																

THE BOSTONIAN

17/04/2018

卷之三

17

**VENCIMENTO** 11/04/2010 **AVISO DE DEBITO CONTAS:** 2 VALOR: R\$60,01  
AVISO DE DEBITO CONTAS: 2 VALOR: R\$60,01 **O SERVICO SERA SUSPENSO 30**  
**CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2006** **30 DIAS APOS VENCIMENTO.**

INTERAMERICAN SEGURADURAS S.A.

14 SET 2018

RECEBIDO

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

14 SET 2018

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.413/96.

**RECEBIDO**

Pelo exposto, eu, Givaldo do Nascimento, inscrito (a) no CPF 977.541.763-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário PATRÍCIA BEZERRA DA COSTA (a) no CPF sob o N° 428.161.748-59, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vh PATRÍCIA BEZERRA DA COSTA inscrito (a) no CPF sob o N° 428.161.748-59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua Antônio Luis</u>			<u>1180</u>	<u>apto 1010</u>
<u>Assandolima</u>	<u>VALença</u>			
<u>Givaldo do Nascimento</u>	<u>VALença</u>		<u>81 999316611</u>	<u>994095745</u>

VALença, 21 de AGOSTO de 2018  
Local e Data

Givaldo do Nascimento  
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

14 SET 2018

RECEBIDO

Francisco Miguel da Silva

RG 950479 data de expedição 10/09/98

Órgão SSP/PI portador do CPF 159.765.518-07, com domicílio na cidade de VALença, no Estado de PIAUÍ, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Pedro Miguel de Melo nº 961

complemento 111 bairro declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (é) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima PATRÍCIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO o condutor era PATRÍCIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CG 150 TITAN ESD

Ano: 2015/2015

Placa: PIH-7315

Chassi: 902K61650FR202647

Data do Acidente: 14/06/2018

Local e Data: Valença/PI 27/08/2018

Francisco Miguel da Silva  
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um cônjugue ou não a vítima reclamante do sinistro)



2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Projetos e Anexos - Valença do Piauí / PI

Rua Eurípedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (88) 3465-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE: A FIRMA DE FRANCISCO MIGUEL DA SILVA, NOMEADO NO TESTAMENTO COMO VIDENTE, VELADO POR FRANCISCA MARIA MORAIS DE ROMA, FIRMADO NO DIA 27/08/2018, PÁGINA 01, FOLHA 01, TOTAL DE 01 FOLHA(S) E 00 PÁGINA(S).

Francisca Maria Moraes de Roma - FOTOCOPIA

Francisca Maria Moraes de Roma  
Escrevente Autorizada