



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

SENHA: 26 00 91 880

HOSPITAL: UUT

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Patrícia Gerson de Conceição

CNS: DN: 11/03/1993 IDADE: 25r ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO:

CIDADE DE ORIGEM:

RESPONSÁVEL: Patrícia Gerson de Conceição

TELEFONE: ()

II - ENCAMINHAMENTO

CONDIÇÕES DO PACIENTE:

Paciente vítima de acidente motorciclístico, com lesões múltiplas, apresentando
fraturas documentadas, admitida no local do acidente e deslocada por
Bombeiros, encaminhada para internação em hospital de referência (5). Escalação?

DIAGNÓSTICO

TCE grau ?

EXAMES REALIZADOS

Exame físico / Clínico

PA = 110 x 70 mmHg

TA = 36 °C

Glicemia = 172 mg/dL

TRATAMENTO REALIZADO

Primeiros socorros / Atendimento

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

TCE ?

SABEMI SEGURADORA S/A
14 SET 2018
RECEBIDO

Dra. Lorena Café
MÉDICA
CRM-PI: 5755

DATA: 17/06/18

ASSINATURA DO MÉDICO



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



RECEITUÁRIO

NOME: Patrícia Bezerra da Conceição

Uso Interno

① Ibuprofeno 600mg Uso Interno
Tomar 10, 8/8h.

② Bromopride 4mg/ml Uso Interno
Tomar 20gotas 10, 8/8h.

22/06/18

Marcelo Rênger Leal Ferreira
MÉDICO
CRM-Pi: 5711

Médico/CPM
Carimbo

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:

Patricia Bezerra da Conceição

① Doxflam - 1x

01 amp 8mg

3/7/18

Dr. Raphael Melo
MÉDICO
CRM-P/5182

Médico/CRM
Carimbo

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: Letras Bezerra do Carmo

Uso Extra

Rx

- 1) Diclofenaco 2mg/1l ——— OAMP
OAMP, 7m, aque.

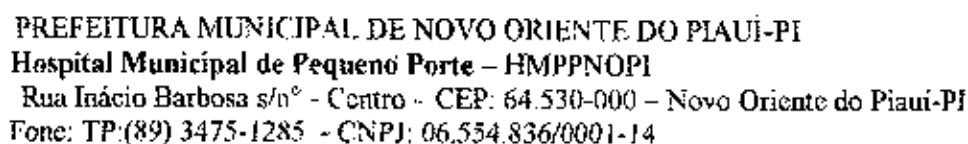
Uso Oral

- 2) Minoxidil 10mg ——— Osema
tomar 1 cap, no, de 8/8h por 5 dias

14/07/2018

Dr. Rogério L. do Carmo
Médico
CRM-PI 7145

Médico/CRM
Carimbo



Pinos

HOSPITAL:

NOME: Katrina Rezende da Conceição

CNS: 701807239186275 DN: 18/03/68, IDADE: 24 ESTADO CIVIL

ENDEREÇO: Av. Santa Amélia nº 28 Bairro: Gil Mendes

CIDADE DE ORIGEM: Nova Oriente do Piauí

RESPONSÁVEL: _____ TELEFONE: () _____

CONDIÇÕES DO PACIENTE:

Pacient vitima de accident motoristiv din 13/6 cu T.E. carac. vinosa a fost la Boln. alt. hospitalar din 21/6 cu fractura complexa de femurale (D)

DIAGNÓSTICO

Fracture Complate de l'humérus Directe

EXAMES REALIZADOS

Revis X (09/07)

TRATAMIENTO REALIZADO

Imobilização

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Audiologo Ortopedico

~~SECRET~~

14 SEP 2018

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

Dr. Dir.
Med. Cir. 2º Grau
Med. Cir. 2º Grau

Dr. Dir.
Med. Cir. 2º Grau
Med. Cir. 2º Grau

Dir.

Dr. Dir.
Med. Cir. 2º Grau
Med. Cir. 2º Grau

Dr. Dir.
Med. Cir. 2º Grau
Med. Cir. 2º Grau

Dr. Dir.
Med. Cir. 2º Grau
Med. Cir. 2º Grau



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



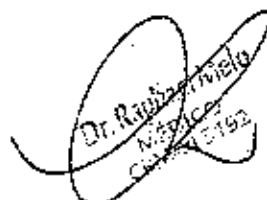
RECEITUÁRIO

NOME: _____

Declaração médica

Paciente Patrícia Bezerra da
Conceição, deu entrada neste hospital
vítima de acidente motorciclistas, com
TCE, inconsciente, pupilas isocólicas,
fotorreagantes, abaulamento em
clavícula direita. Encaminhando
para HUP.

17/06/2018


Dr. Raimundo Nêgo
Médico
CRM 5192

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

Leito vítima de acidente de trânsito (S20)
dia 17/06/2018. ao exame: Traumatismo
crânio base (S20), com epistaxe, e hemorragia
Esquerda, Traumatismo de clavícula direita com
(fratura em dois terços da diáfise da clavícula D), com
placa, sendo realizado Tratamento conservador,
além do tratamento. 28/09/2018, com redução
da capacidade funcional de membro superior Di-
reto de aproximadamente 70%, no momento
do exame.

Dr. Helder Antonio M. de Oliveira
Médico
CRM-2640
CPF-07.401.732.72

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

Saúde é Vida

[89] 3465.2647

SABEMI SEGURODORA S/A

10 DEZ 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"




Patricia Bezerra da Conceição
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.247.241 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/07/15

NOME PATRÍCIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO

FILIAÇÃO CLEONICE MARIA DA CONCEIÇÃO
LUÍS 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 161.748-59

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/93 - DECRETO Nº 80.250/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR PATRÍCIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO

DATA DE NASCIMENTO 11/03/1993 Nº ZONA 3957 1161 0141 ZONA 336 ZONA 6047

MUNICÍPIO/LU MORRO AGUDO/SP DATA DE EMISSÃO 28/03/2011

JUIZ ELEITORAL

Patricia Bezerra da Conceição
ASSINATURA DO IMPRESSOR DIGITAL DO ELEITOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

7.118 DE 29/08/93

Patricia Bezerra da Conceição
ASSINATURA DO IMPRESSOR DIGITAL DO ELEITOR

SUS

Cartão Nacional de Saúde




Sistema Único de Saúde

PATRÍCIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO

Data Nasc.: 11/03/1993 Sexo: F

701 8072 3918 6275



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SABER SEGURODORA S/A

14 SET 2018

RECEBIDO

VALOR DO TERCIO QUINQUENAL R\$ 2.112.027

DATA 26/03/14

VALOR GIVALDO DO NASCIMENTO

ESMERALDA MARIA DO NASCIMENTO SANTIAGO

VALOR VALENÇA DO PIAUI-PI 01/11/1980

CERT. CASAM 2523 L 78 P 150V

EXP. VALENÇA 24/03/2012

972.574.781-68

LEI Nº 7.116 DE 1979 - ANEXO IV Nº 10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO - 1400 - 1400

Givaldo do Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

RECEBIDO

14 SET 1980

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013227937882
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01055432853 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO: 2018

1573 NOME: FRANCISCO MIGUEL DE SILVA

0143

5264

0845

1000

1500

0229

0501

1410

1500

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

0229

0501

1410

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

PI Nº 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

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 15/05/2018

VIA: 01055432853 CPF / CNPJ: PLACA: 7335

RENAVAM: 01055432853 MARCA / MODELO: HONDA / CG 150 TITAN ESD

ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2015

9C2KCH1650R202647

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 000,00 DENTRAN (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 500,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00 VALIA BILHETE DE SEGURO (R\$) 135,50

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE OUTORGADA: 14/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.888/0001-04

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 cranioencefálico 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?

[☒] 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)?

[☒] 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros

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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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 cranioencefálico
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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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 cranioencefálico
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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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 legíveis e sem rasuras)



OUTORGANTE:

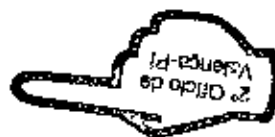
Nome: PATRICIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO
 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Estado civil: SOLTEIRA
 Identidade: 4.241.241-SSP/PI
 CPF: 428.161.748-59
 Profissão: NÃO INFORMADA
 Endereço: AV. SANTO AMARO 28 GIL MARQUES NOVO ORIENTE-PI
 CEP: 64.530.000
 Telefone: (89) 99901-5855

OUTORGADO:

Nome: GIVALDO DONASLIMENTO
 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Estado civil: DIVORCIADO
 Identidade: 2.112.027-SSP/PI
 CPF/CNPJ: 972.574.783-68
 Profissão: NÃO INFORMADO
 Endereço: RUA ANTONIO LUIS 1780 VALENÇA-PIAUÍ
 CEP: 64.300.000
 Telefone: (89) 999316611

Pelo presente Instrumento particular de procuração, nomeo 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 ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Patricia Bezerra da Conceição
 Assinatura do Outorgante
 (RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)



NOVO ORIENTE DO PIAUÍ / 21/08/2018
 Local e data



2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
 Rua Euripedes Martins, 380 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE. FIRMA DE: PATRICIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO. TESTES: FRANCISCA MARIA MORAIS DE ROMEIRO, FRANCISCA MARIA MORAIS DE ROMEIRO. Nº ABC-47731 (F140P23).
Francisca Maria Morais de Roma
 Francisca Maria Morais de Roma
 Escrevente Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336589/18

Vítima: PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO

CPF: 428.161.748-59

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/06/2018

Titular do CPF: PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO

CPF de: Próprio

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 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

PATRICIA BEZERRA DA CONCEICAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PATRICIA BEZERRA DA
CONCEICAO

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 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

GIVALDO DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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** 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

Carta nº 13373021



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 médico-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. 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

Pag. 01147/01148 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13704992

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (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

128.161.748-59

Nome completo da vítima

PATRICIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

PATRICIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO

CPF titular da conta

128.161.748-59

Profissão

INDETERMINADO

Endereço

AV. SANTO AMARO

Número

28

Complemento

URBANO

Bairro

SIL MARQUES

Cidade

NOVO ORIENTE

Estado

PIAUÍ

CEP

64.530.000

Email

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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 POUPANÇA (Somente para os Bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

3887

(Informar dígito se existir)

003

00007056

(Informar dígito se existir)

2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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

Patricia Bezerra da Conceição

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

NOVO ORIENTE DO PIAUÍ

Endereço

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

Complemento

Data/Hora

17/06/2018 - 08:30

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: **PATRÍCIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO**

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

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante



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 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: PI 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 terço média 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 - Notificante
Responsável pela informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 199740.000046/2018-04

Delegado de Polícia



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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ

17/06/2018 - 08:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

NOVO ORIENTE DO PIAUÍ

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

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

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PATRÍCIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

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): 88-9901-5855

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 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: PI 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 tomou 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 rasaduras pelo corpo; Era o que tinha a registrar..

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

Patrícia Bezerra da Conceição
PATRÍCIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO - Notificante
Responsável pela Informação

SABEM SEGURADORA S/A

10 DEZ 2018

RECEBIDO

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (inclusive 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 por seu 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

PATRICIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO

CPF da Vítima

428.161.748-59

Data do Acidente

17/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou de minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realize 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 90 (noventa) dias do respectivo 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 extensão do grau da 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu comando.



NOVO ORIENTE 122 AGOSTO de 2018

Local e Data

Patricia Bezerra da Conceição

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ-PI
Hospital Municipal de Pequeno Porte - HMPPN(PI)
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: UVT

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Patricia Gerson de Conceição

CNS: _____ DN: 11/03/1993 - IDADE: 25a ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: _____

CIDADE DE ORIGEM: _____

RESPONSÁVEL: Cláudia Maria da Conceição TELEFONE: () _____

II - ENCAMINHAMENTO

CONDIÇÕES DO PACIENTE:

Paciente vítima de acidente motorciclístico com lesões múltiplas com documentação, apócrifa no local do acidente e desconhecida por todo corpo, mais do sistema em laqueamento (S). Necessário?

DIAGNÓSTICO

TCE grau 1

EXAMES REALIZADOS

Exame físico / Urinário

PA = 130 x 70 mm Hg

TAX = 36 °C

Glicemia = 172 mg/dL

TRATAMENTO REALIZADO

Paracetamol 500mg / Analgésico

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

TCE

SABEMI SEGURADORA S/A

14 SET 2018

RECEBIDO

Dra. Lorena Café
MÉDICA
CRM-PI: 5755

Blaspi

ASSINATURA DO MÉDICO

DATA: 17/06/18

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: 000000007056-8

Nr. da Autenticação EF9D7BFA7399DEC5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.745/0001-89 (Insc. Estadual: 19.701.381-3)
Nova Fiação / Conta de Energia Elétrica - SANE-PI
Regime especial de Imposto de Renda para SITA2/PI-NE

Nº da Nota Fiscal: 007489239

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE concedida
pela Lei nº 70.438 de 20 de abril de 2000.

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

CLEONICE MARTA DA CONCEIÇÃO
AV. SANTO ANHÃO 28 - GIL MARQUES B-URBANO
CPF: 00072572027100
CEP: 64.530-000 - NOVO ORIENTE DO PIAUÍ

ROT: 219.751.16.40.045000

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	1250	Atual:	21/06/2018
Anterior:	1167	Anterior:	23/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/07/2018
Consumo Médio:	83	Emissão:	20/06/2018
Consumo Autorizado:	83	Apresentação:	21/06/2018

NORMAL

29

D. OS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Fonte	Código Fato	Validade 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1860859		1.1.1.1	79

HISTÓRICO DE KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
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	0,10
FEV/18	66	MULTA POR ATRASO 05/18-00	1,32
JAN/18	75	JUROS DE MORA DE IMPO 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	80		

RESERVAÇÃO AO FISCO
DC82.AE25.490F.6BEO.7468.292D.5C81.18E3

MESSAGENS IMPORTANTES / AVALIO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 036 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.

RESERVAÇÃO AO FISCO DC82.AE25.490F.6BEO.7468.292D.5C81.18E3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	14,07	Base de Cálculo:	67,05
Energia:	26,72	Atividade LOM:	22,00%
Transmissão:	4,20	Atividade SCMS:	14,75
Energias:	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





Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Cadastro do Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

Matrícula 1732850-0		Hidrometro A07N261934		Período ABR/2018	
Nome/Razão Social/Endereço MIRIAN DANTAS NOGUEIRA RUA ANTONIO LUIS, 1180 AMANDO LIMA VALENCA 64300000					
Situação 3/1					
Classificação de Uso 1					
Inscrição 113 1 05 0317 0130-000					
Data de Vencimento 09/04/2018					
Forma de Faturamento FATURADO P/ CONSUMO NORMAL					
Cód. Responsável 028662089					
Consumo Médio 11					
Consumo Faturado 13					
Descrição da Fatura MANUTENCAO HIDROMETRO					
					Valor (R\$) 43,97

VENCIMENTO 17/04/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 43,97
 AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 2 VALOR: R\$60,01
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2814/2011-MD									
Parâmetro	Unidade	Cor	Cloro	pH	Ferro	Cálcio	Condutividade	Temperatura	Observações
Valor Máximo Permitido	litro	15	1,0	6,5-8,5	0,5	100mg/L	500µS/cm	10-30°C	
Atividade de Amostragem Original									
Atividade de Amostragem Realizada									
Atividade de Amostragem Legalizada									
Valor Médio		0.51	0.46	6.90	7.17	0.02	0.00	0.00	
PASSAR A QUALIDADE DA ÁGUA DE RESERVAÇÃO DO SISTEMA.									
AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA: ATIVAR O VÍDEO SITE WWW.AGESPISA.COM.BR EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETO DO BARRAGEM PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL									

SABEMI SEGURODORA S/A
 14 SET 2018
 RECEBIDO

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:

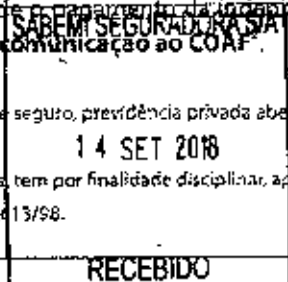
<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ 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**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.131/98.



Pelo exposto, eu GIVALDO DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF nº 997.574.743 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário PATRICIA BEZERRA DA RONDINHA (a) no CPF sob o nº 428.161.748 / 59 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima PATRICIA BEZERRA DA RONDINHA inscrito (a) no CPF sob o nº 428.161.748 / 59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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		Número	Complemento
Rua Antonio Luis		1180	condomínio
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Amândio Lima	Valença	PIAUI	64.300-200
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
givaldo.nascimento@vamos.com.br		999316611	994095745

Valença, 22 de Agosto de 2018
Local e Data

Givaldo do Nascimento
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURODORA S/A
14 SET 2018
RECEBIDO

RG nº 950479 Data de expedição 10/09/98
Órgão SSP/PI portador do CPF nº 159.765.518-07 com
domicílio na cidade de VALENÇA no Estado de
PIAM onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA PEDRO MARCEL DE MELO nº 461
complemento URUBANO deparo, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima PATRICIA BEZERRA DA CONCEIÇÃO o condutor era

Modelo: HONDA CG 150 T2TIN ESD

2015/2015

Place: **2010/2093**
PTN-7315

Chassi: 902KE1650FR202647

Data do Acidente: 17/10/2025

Local's Date: 14/06/2018
WAKKANADORI 27/08/2018

X Francisco Miguel da Silva
Assinatura do Declarante

2º Ofício de
Notariedade

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima diretamente do sinistro)



2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Rua Euripedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (86) 3465.1171

DECLARADO POR AUTENTICAÇÃO: A SI GUA DE FRANCISCO MIGUEL DA SILVA
CURSO DE LICENCIATURA EM PEDAGOGIA, UNIV. EST. DO RIO DE JANEIRO
1974-1975, 2º SEMESTRE, TOTALIZANDO 75 (Setenta e cinco) pontos, o
Francisco Miguel da Silva, nascido em 10/01/1950, filho de
Francisca Maria Morais de Moraes e Evandro

Francisca Maria Morais de Rome
Escrevente Autorizada