

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

Informações do Acidente

Processo: 2013601694
Nome da Vítima: Felipe da Silva Sousa
Local do Acidente: Rua Projetada 02 Bairro: Piaui, Parnaíba - PI
Data do Acidente: 30/11/2012

Resultado da Avaliação apurada pelo Médico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ **Sim** ☐ Não ☐ Prejudicado

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

Resposta: Membro inferior direito.

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Resposta: Fratura no joelho direito, tratamento conservador (Sutura)

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim ☒ **Não**

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que:

☐ Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de exame(s) complementar(es).

☐ O quadro cursa com disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação

☒ **O quadro cursa com dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.**

Paciente refere dor e dificuldade para movimentar o joelho direito, cicatriz de sutura no joelho direito. refere dificuldade para dobrar o joelho direito.

V. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

☐ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

Em se tratando de enquadramento como 'parcial' informar se o dano é 'completo' ou 'incompleto':

() Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

(X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)

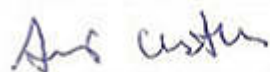
Segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as sequelas definitivas então identificadas.

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) sequela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas.

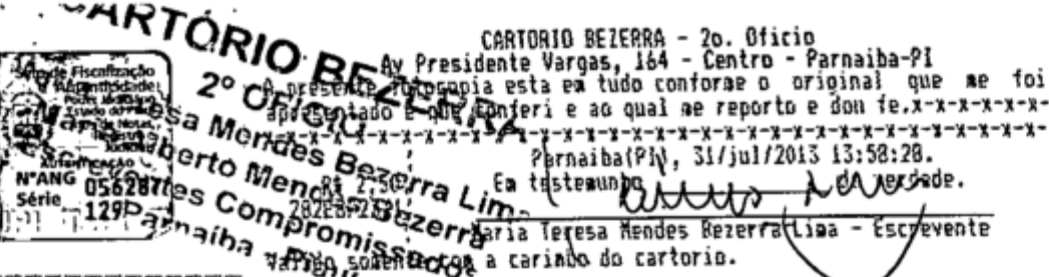
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior		
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral		
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autônoma		
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autônoma, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés		
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar		
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé		
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho		
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral		
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço		

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: Francisco de Assis Costa Araújo
Registro no CRM: PI 2498
Local do Exame: Parnaíba - PI
Data do Exame: 15/10/2013



Dr. Francisco de Assis C. Araújo
Oftalmologista
CRM-PI 2498 - CPF 097842458/17



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

No. DO BE: 115285 DATA: 30/11/2012 HORA: 19:57 USUARIO: CRISTIANE
CNS: SETOR: 01 - EMERGENCIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

```

: NOME : FELIPE DA SILVA SOUSA DOC...:
: IDADE.....: 14 ANOS NASC: 24/07/1998 SEXO...: MASCULINO
: ENDERECO.....: RUA SAO LEOPOLDO NUMERO: 2490
: COMPLEMENTO...: BAIRRO: PIAUI
: MUNICIPIO.....: PARNAIBA UF: PI CEP....:
: NOME PAI/MAE...: RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA /EDIMAR DA SILVA SOUSA
: RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL....: 863323422
: PROCEDENCIA...: PIAUI
: ATENDIMENTO...: ACIDENTE TRANSITO MOTOCICLISTA/PASSEGEIR
: CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
: ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

```

PA: [X mmHg]	PULSO: []	TEMP.: []	Hospital: []	Data: []	Nome: []
EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA					

SPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

It sefer aindente de certo e longa RA
a perua. D

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



*10940

Dr Ariosto Ibiapina
CPF 110.737.805-20
CRM - 955

DIAGNOSTICO: *Tricomonas in prep. D*

CID:

~~SUTURA~~
~~04.01.04.005.0~~

PRESCricao

: HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAÍDA: 10/01/2012
ALTA: ☒ A PEDIDO ☐ EVASÃO
CENTRO DE ATENDIMENTO AO AMBULATORIO
INSCRIÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAÍDA: 14h Santos =
ASSISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):


OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS ☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO PIAUÍ

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



Raimunda Clementina da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE



CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

658.873.903-10

Nome
RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA

Nascimento
05/12/1974

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



(86) 9406 5365
9935 9635

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1.534.115 DATA DE EMISSÃO 29.08.94

Nome **RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA**

Manoel Clementino da Silva
Rita Vieira da Silva

Cocal-Pi. 05.12.77
DATA DE NASCIMENTO

C. Masc. nº 6.400 Liv. 44 Fls. 28
DOC. CANCELADO
Exp. em Cocal-Pi. 11.11.82

Pedro Gomes de Moraes
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 20/09/73

CENTAURU VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

26 SET. 2013

DPVAT - RJ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS



0011979

Felipe da Silva Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Paralela às Duas Pontas

Número 069.953.543-38

Nome FELIPE DA SILVA SOUSA

Nascimento 24/07/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

3.832.731

DATA DE EMISSÃO 26/11/12

RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA

EDIMAR DA SILVA SOUSA

PARNAIBA-PI

DATA DE NASCIMENTO 24/07/1998

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 11449 L 014 F 265

EXP. PARNAIBA/PI 23/06/99

TERESINA - PI

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03 DECRETO Nº 09.250/03

GENTIL PREVIDENCIAL

26 SET. 2013

DPVAT - RJ

DETRAN-PI
PRODEPI

SISTEMA INTEGRADO DE RECURSOS DE TRANSITO
Consulta Completa Veiculos - BASE LOCAL
Dados do Proprietario Atual/Processo

08/07/2013
11:19:02

Proces.: 0120120139144 Dt.Entra.: 02/08/2012 Dt.Processamento.: 03/08/2012
Nome : JAMES AUXILIADORA ALEXANDRE
Tip.Doc. 1 CPF/CGC. 06564013389 Reg. Geral: 3616068 UF. EXP.: PI
Logra: RUA SAO LEOPOLDO Num: 2465 Bairro: PIAUI
Mun.End. 11533 - PARNAIBA CEP: 64200000 Uf.: PI

Dados do Veiculo

Motivo : AQUISICAO DE VEICULO
Placa.: NIL6835 Cod Renavam.: 00230794220 Remarc.: NORMAL Exerc.: 2012
Cor.: PRETA Ano Fab: 2010 Ano Mod: 2010 Chassi: 9C2JC4120AR093656
Combustivel.: GASOLINA Marca: 28436 - HONDA/CG 125 FAN ES
Especie.: PAS Categoria.: PARTIC Tipo.: MOTOCICLO
Mun.Emplac. 11533 - PARNAIBA Data Aqs: 01/08/2012
Restr.: NAO Agregados.: SIM Deb.IPVA: SIM Multas.: SIM Roubo/Furt.: NAO

Dados Anteriores

Propr.Anterior: CAMILA COSTA VERAS
Mun.Emplac. 11533 - PARNAIBA

Placa: UF:

CARTÓRIO BEZERRA
2º OFÍCIO



Cartório de Maria Teresa Mendes Bezerra Lima
Alfredo Mendes Bezerra
vontes Compromissados
Parnaíba - Piauí

CARTÓRIO BEZERRA - 2º. Ofício
Av Presidente Vargas, 164 - Centro - Parnaíba-PI
A presente fotocopia esta em tudo conforme o original que me foi
apresentado e que conferi e ao qual me reporto e dou fe.
Parnaíba(PI), 31/jul/2013 13:58:19.
R\$ 2,50;
28258F23/1;
Em testemunha da verdade.
Maria Teresa Mendes Bezerra Lima - Escrevente
Valido somente com o carimbo do cartorio.

1004054

OUTROS





Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 536081

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		Placa NIL-6835/PI	
Nome da Vítima FELIPE DA SILVA SOUSA		Natureza 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 1 - Transportado	Data Nascimento 24/07/1998	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 069.953.543-38
			Data Ocorrência 30/11/2012

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

() Certidão Nº 013-42 da autoridade policial sobre a ocorrência;

() DUT Nº _____ () _____ () _____

() RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA	Beneficiário	REPRESENTANTE	05/12/1971	64210-540	553.873.903-10

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações: _____

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____

Data ____/____/____

Local da Entrega _____

Data ____/____/____

Beneficiário _____

Centauro Vida e Previdência _____

Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.

O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Líder, gerado o número Megadata.

R: SENADOR DANTAS, 80, SL 806 A 808

Centro - Cep: 20031-922

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

Site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

DPVAT - RJ

Registro de Sinistro



DP.: 111

Processo: 131/61694

Código: 536081

Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO		Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE		Sub-Parceiro JANNE RODRIGUES	
BO N° 101302.003065/2013-42	Data BO 12/07/2013	DELEGACIA 2ªDP			
Placa NIL-6835/PI	Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			IML	
Nome da Vítima FELIPE DA SILVA SOUSA			Tipo Sinistrado 1 - Transportado		Natureza 2 - INVALIDEZ
Sexo Sinistrado MASCULINO	Data Nascimento 24/07/1998	Tipo de CPF 0 - Possui CPF		CPF da Vítima 069.953.543-38	Data Ocorrência / Hora 30/11/2012 / 19:00
Cidade PARNAÍBA	UF PI	CEP 64210-540	Telefones		
Email atendimento@salek.com.br					
Qtde.Benef. 1	Data Óbito	Médico DERCIO			Valor(INVALIDEZ) 0,00

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CPF/CNPJ
CEP	Complemento	Bairro	Cidade	UF
Profissão	Renda			
RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA	Beneficiário	REPRESENTANTE LEGAL	05/12/1971	553.873.903-10
64210-540 RUA SÃO LEOPOLDO 2490		PIAUÍ	PARNAÍBA	PI
RECUSOU INFORMAR		RECUSOU INFORMAR		
Banco: 104 Caixa Econômica Fede Ag.: 0030 C/P 42836-7				

Histórico

Data	Usuário	Situação
25/09/2013 15:41:11	MSA LIVIA	Pré-Cadastro não analisado
25/09/2013 15:42:35	MSA LIVIA	Pré-Cadastro analisado e aprovado (R)



Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R: SENADOR DANTAS, 80, SL 806 A 808 Centro - Cep: 20031-922

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 536081 e a data de nascimento 24/07/1998 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Raimunda Clementina da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.534.414 EXPEDIDO POR SSP EM 29/08/2014
 CPF 5.538.713.903-10 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO ---
 E RENDA MENSAL DE R\$ --- (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Felipe da Silva Sousa AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 541 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 0030 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 42.836-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL _____ DATA _____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Raimunda Clementina da Silva

! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente) e indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

26 SET. 2013

DPVAT - RJ



AUTO-ATENDIMENTO - AG. PARNAIBA

DATA: 12/09/2013

HORA: 09:56:43

TERMINAL: 00301039

CONTROLE: 003010390053

AGÊNCIA: 0030 - PARNAIBA

CONTA : 013.00.042.836-7

CLIENTE: RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			0,00
----------------	--	--	------

RESUMO EM 11/09

SALDO	0,00
-------	------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
-----------------	------

SALDO DISPONIVEL	0,00
------------------	------

SALDO TOTAL	0,00
-------------	------

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE

CAIXA.GOV.BR/VOCE





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 101302.003065/2013-42

536081

Unidade Policial: 2º DP DE PARNAIBA

Resp. pelo Registro: Pedro Pereira Do Nascimento Neto

Delegado: ALEXANDRA SANTOS SILVA

Data/Hora: 12/01/2013 - 09:10

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

2º DP DE PARNAIBA

30/11/2012 - 19:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

PARNAIBA

Endereço

RUA PROJETA DA, Nº

Complemento

Bairro

PIAUI

Ponto de Referência

PRÓXIMO AO CAMPO DA COLÔNIA



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 1534414

Mãe: RITA VIEIRA DA SILVA

Pat: MANUEL CLEMENTINO DA SILVA

Endereço: RUA SAO LEOPOLDO, Nº 2490

Bairro: PIAUI

Cidade: PARNAIBA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATO QUE COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA CONSTAR QUE SEU FILHO DE NOME FELIPE DA SILVA SOUSA BRASILEIRO, PIAUIENSE, MENOR (14 ANOS), PORTADOR DO RG: 3.832.731 E INSCRITO NO CPF: 058.853.543-38. VINHA COMO PASSAGEIRO DA MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES, DE COR PRETA, ANO/MODELO 2010, DE PLACA NIL-8835, DE CHASSI 9CZJC4120AR093656, EMPLACADO EM NOME DE JAMES AUXILIADORA ALEXANDRE, PILOTADA NO MOMENTO POR JAMES AUXILIADORA, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UMA OUTRA MOTOCICLETA DE PLACA E CONDUZIDA POR JAMES AUXILIADORA, QUE INVAZIOU A PREFERENCIAL DA VITIMA VINDO A COLIDIR COM A MESMA. QUE FELIPE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E EM SEGUIDA LEVADO PARA O HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE, ONDE FOI CONSTATADO TRAUMA DE PERNA DIREITA COM FERIMENTO PROFUNDO NO JOELHO. E O RELATO.

Pedro Pereira Do Nascimento Neto - Mat. 0389625
AGENTE DE POLÍCIA



Raimunda Clementina da Silva
RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Det. James Guerra Júnior
Delegado Geral de Polícia
Civil do Estado do Piauí
Mat. 108.617-X

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 1.534.414 e inscrito no CPF/MF sob o nº 553.873.903-10, residente e domiciliado na RUA SÃO LEOPOLDO Nº 2490, BAIRRO PIAUI, Cidade PARNAIBA, Estado PIAUI, 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:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 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 dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



x Felipe da Silva Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

x Raimunda Clementina da Silva

PARNAIBA.PI.14 DE SETEMBRO DE 2013.

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA

RG nº 1.534.414, data de expedição 29/08/94, Órgão SSP-PI.

CPF nº 553.873.903-10, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA SÃO LEOPOLDO
Número	2490
Apto / Complemento	
Bairro	PIAUI
Cidade	PARNAIBA
Estado	PIAUI
CEP	64.200-000
Telefone de Contato	(086)9406.5365 (086)3323.4075
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

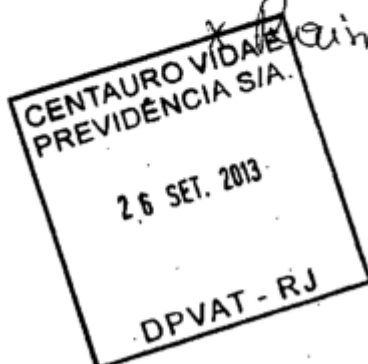
1004040



Local e Data: PARNAIBA.PI.14.09.13.

Assinatura do Declarante: x Felipe da Silva Sousa

x Raimunda Clementina da Silva





ELETOBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ
AV. MARAMBAIA, 100, CENTRO-SUL - TERESINA - PI
CEP: 64.000-000 - FONE: (35) 321.1111
CNPJ: 06.947.740/0001-00 - INSC. EST. 19.301.733-5
CNPJ: 06.947.740/0001-00 - INSC. EST. 19.301.733-5

CLIENTE: EDINAR DA SILVA SOUSA
ENDEREÇO: R. SÃO LEOPOLDO 2490 2490 B-URBANO
CID. ENTR.:
LOCALIDADE: PARNATA CEP: 64.000-000
CNPJ/CPF: 12/160

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

Para contato com a
Eletrobras, informe
nos dados

Número N.º 1.017.987

CODIGO UNICO

339027-6

Ref. Mês/Ano

03/2013

AC 30.11.12

DR. AUGUSTO 1º HTEN

DADOS SOBRE LEITURA

V.0.05.07

Leitura Atual: 6440
Leitura Anterior: 6127
Consumo Médio: 313
Consumo Faturado: 313
Constante de Multiplicação: 1
Forma de Faturamento: NORMAL
Número de Dias de Leitura: 5
Data da Leitura Atual: 25/03/2013
Data da Leitura Anterior: 23/02/2013
Data da Próxima Leitura: 25/04/2013
Data da Emissão: 25/03/2013
Data da Apresentação: 25/03/2013
Dias de Consumo: 30 DIAS

INFORMAÇÕES DA SUA UNIDADE CONSUMIDORA

Class	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Atividade 12 Meses
RESIDENCIAL	MONOFASICO A1202125			1.1.1.1	249

ROTEIRO: 161.002.17.40.063500

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO CONSUMO	MÊS/ANO CONSUMO	MÊS/ANO CONSUMO	MÊS/ANO CONSUMO
Fev/2013 217	Dez/2012 247	Out/2012 197	Ago/2012 247
Jan/2013 340	Nov/2012 213	Set/2012 296	Jul/2012 228

ITENS FATURADOS

Tarifa de Energia

R\$ 0,002920	CONSUMO 313 kWh a R\$ 0,538217	168,46
CONTRIBUIÇÃO DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA (COSIP)		20,44
CORREÇÃO MONETÁRIA IGPH 12/12-00		1,58
MULTA POR ATRASO 12/12-00		3,31
JUROS DE MORA DE IMPORTE / SERVIÇOS 12/12-00		3,25



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2013601694

Cidade: Parnaíba

Natureza: Invalidez

Vítima: FELIPE DA SILVA SOUSA

Data do acidente: 30/11/2012

Emissor do parecer: GALDINO
LEONARDO

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

Prestadora: SAUDESEG Sistemas de
Saude Ltda.

CRM do médico: 2498

PARECER

Diagnóstico: Fratura no joelho direito

Descrição do exame médico pericial: Periciando segue com dor e dificuldade para movimentar o joelho direito, cicatriz de sutura no joelho direito

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador

Sequelas permanentes: Comprometimento funcional leve do joelho direito

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 15/10/2013

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: Francisco de Assis Costa Araújo

UF do CRM do médico: PI

DANOS

Dano

Perda completa da mobilidade de um joelho

%	Dimensão	Graduação
25	1	25

Valor avaliado: 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013601694

Cidade: Parnaíba

Natureza: Invalidez

Vítima: FELIPE DA SILVA
SOUSA

Data do acidente: 30/11/2012

Emissor do parecer: Maria
Tereza
Ramos
de Araujo
Amorim

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

Prestadora: AMORIM E MATTOS SERVIÇOS
MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

CRM do médico: 31475-9

PARECER

Data da análise: 12/10/2013

**Valoração do
IML:**

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: A ESCLARECER LESÃO

**Resultados
terapêuticos:** DEPENDE DE EXAME PERICIAL

**Sequelas
permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: MARIA TEREZA

**UF do CRM do
médico:** RJ

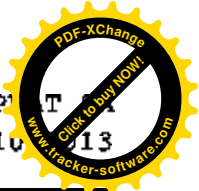
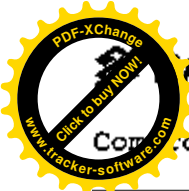
DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação

Valor avaliado: 0,00



31/10/2013

- BANCO DO BRASIL -

9:58:30

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTOS: DOC ELETRÔNICO

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT SA

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 00.000.611.000-2

=====

DATA DA TRANSFERÊNCIA:

23/10/2013

NÚMERO DO DOCUMENTO:

123456789012

VALOR TOTAL:

843,75

***** TRANSFERIDO PARA :

CLIENTE: RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA

BANCO : 104 - Banco 104

AGÊNCIA : 003-0

CONTA : 000000428367

=====

Nr. Autenticação: 2.6C1.FCA.600.445.B63