

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Meu sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 054 076 243 11 Nome completo da vítima: Daniel William da S. Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Daniel William da S. Rodrigues CPF: 054 076 243 11

Profissão: Revisor Endereço: R. Prof. Manoel da Luz Número: 4048 Complemento: 2015

Bairro: Parque Brasil Cidade: Foz de Iguaçu Estado: PR CEP: 64.000-000

E-mail: _____ Tel./DDD: (016) 9999-0646

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Indicar para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (737) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3834 CONTA: 2570 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo o direito, desde já e somente após a efetivação no crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido/incapaz de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Circo de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Foz de Iguaçu - PR 09/11/2018

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO: Daniel W. da S. Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003458/2018-16

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora: 01/10/2018 - 11:58

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA RADIALISTA JIM BORRALHO, Nº:

Complemento

Data/Hora

04/09/2018 - 07:10

Bairro

SÃO JOAQUIM

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DANIEL WILLIAN DA SILVA RODRIGUES

RG: 3334066 SSP PI

Mãe: VERA LUCIA DA SILVA GAULINO RODRIGUES

Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS RODRIGUES

Endereço: RUA PROFESSORA MARIA DA LUZ, QD H8, CASA 15, Nº 15

Bairro: PARQUE BRASIL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9812-2984

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

AG CORRETORA
DE SEGUROS

26 NOV 2018

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O informante compareceu a esta Especializada para noticiar que trafegava na condução do veículo motocicleta Honda de placa QUB-2072 pelo endereço acima citado quando uma outra motocicleta da qual não sabe dados que trafegava pela pista e sentido direcional do lado direito da vítima conduzida por um homem, veio a realizar uma manobra de conversão para a esquerda interceptando a marcha da motocicleta conduzida pelo informante e provocando a queda do informante e provocando lesões corporais. Informa que não houve pericia no local e foi socorrido por terceiros. Informa também que fazia uso de capacete sobre a cabeça no momento do acidente e que não faz uso de bebida alcoólica.

Francelina De Medeiros Elisário - Mat. 1963295
AGENTE DE POLÍCIA

Daniel William da Silva Rodrigues
DANIEL WILLIAN DA SILVA RODRIGUES - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003458/2018-16

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora: 01/10/2018 - 11:58

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA RADIALISTA JIM BORRALHO, Nº:

Complemento

Data/Hora

04/09/2018 - 07:10

Bairro

SÃO JOAQUIM

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DANIEL WILLIAN DA SILVA RODRIGUES

RG: 3334066 SSP PI

Mãe: VERA LUCIA DA SILVA GAULINO RODRIGUES

Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS RODRIGUES

Endereço: RUA PROFESSORA MARIA DA LUZ, QD H8, CASA 15, Nº 15

Bairro: PARQUE BRASIL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9812-2984

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

AG CORRETORA
DE SEGUROS

26 NOV 2018

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O informante compareceu a esta Especializada para noticiar que trafegava na condução do veículo motocicleta Honda de placa QUB-2072 pelo endereço acima citado quando uma outra motocicleta da qual não sabe dados que trafegava pela pista e sentido direcional do lado direito da vítima conduzida por um homem, veio a realizar uma manobra de conversão para a esquerda interceptando a marcha da motocicleta conduzida pelo informante e provocando a queda do informante e provocando lesões corporais. Informa que não houve pericia no local e foi socorrido por terceiros. Informa também que fazia uso de capacete sobre a cabeça no momento do acidente e que não faz uso de bebida alcoólica.

Francelina De Medeiros Elisiário - Mat. 1963295
AGENTE DE POLÍCIA

Daniel William da Silva Rodrigues
DANIEL WILLIAN DA SILVA RODRIGUES - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Meu sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 054 076 243 11 Nome completo da vítima: Daniel William da S. Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Daniel William da S. Rodrigues CPF: 054 076 243 11

Profissão: Revisor Endereço: R. Prof. Manoel da Luz Número: 4048 Complemento: 2015

Bairro: Parque Brasil Cidade: Foz de Iguaçu Estado: PR CEP: 64.000-000

E-mail: _____ Tel./DDD: (016) 9999-0666

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (somente para bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (737) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3834 CONTA: 2570 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo o direito, desde já e somente após a efetivação no crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido/incapaz de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Cruzo de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Foz de Iguaçu - PR 09/11/2018

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO: Daniel W. da S. Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Meu sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 054 076 243 11 Nome completo da vítima: Daniel William da S. Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Daniel William da S. Rodrigues CPF: 054 076 243 11

Profissão: Revisor Endereço: R. Prof. Manoel da Luz Número: 4048 Complemento: 2015

Bairro: Vila Brasil Cidade: Foz de Iguaçu Estado: PR CEP: 64.000-000

E-mail: _____ Tel./DDD: (016) 9999-0666

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (somente para bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (737) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3834 CONTA: 2570 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação no crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido(a) de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Cruzo de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Foz de Iguaçu - PR 09/11/2018

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO: Daniel W. da S. Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**NHEP 16:20
04/09/18

Imp: 04/09/2018 10:21:49

User: LORENA
(Estado: ACRE)

Nome: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES		Prontuário: 487230	
Mãe: VERA LUCIA DA SILVA PAULINO RODRIGUES	Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS RODRIGUES		
End. Resid.: 30 47 38 24 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 23/11/1992	Idade: 25a9m11d	Sexo: Masculino	Fone: 86-96806-3877
Responsável: O MESMO	CNS: 898003995795937		
Profissão: MOTO TAXISTA	Documento: CPF: 054.076.243-11		
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Casado(a)		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 682569	Data: 04/09/2018 10:14:54	Condução: VEICULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S	
Id. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Sim	CID Secundário: V199

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEIMAS	Evento Principal: Fratura exposta	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE REGULADO HOJE. BUENOS AIRES COM RELATOS DE ACIDENTE DE MOJO COLISÃO COM MOTO. APRESENTANDO FRATURA EM PORÇÃO PROXIMAL DA TIBIA ESQUERDA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA		Profissional Clas. Risco: LORENA MACALHAZ MACEDO 21/12/2017 04/09/2018 10:21:47	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)			
Traxa Teorito fx Teorito (E) fx / Ror /			
PA <input checked="" type="checkbox"/> X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:			CIC:

CONDUITA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	
RAIO X REALIZADO DATA 04/09/2018 Técnico: Traxa	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		Se Internação, indique o Procedimento e CID	
DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____		Procedimento: ____ CID: ____	

Daniel w. da S. Rodrigues
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**NHEP 16:20
04/09/18

Imp: 04/09/2018 10:21:49

User: LORENA
(Estado: ACRE)

Nome: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES		Prontuário: 487230	
Mãe: VERA LUCIA DA SILVA PAULINO RODRIGUES		Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS RODRIGUES	
End. Resid.: 30 47 38 24 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 23/11/1992	Idade: 25a9m11d	Sexo: Masculino	Fone: 86-96806-3877
Responsável: O MESMO		CNS: 898003995795937	
Profissão: MOTO TAXISTA		Documento: CPF: 054.076.243-11	
G. Instrução: Médio Completo		E. Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 682569	Data: 04/09/2018 10:14:54	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S	
Id. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Sim	CID Secundário: V199

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEIMAS	Evento Principal: Fratura exposta	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE REGULADO HOJE. BUENOS AIRES COM RELATOS DE ACIDENTE DE MOJO COLISÃO COM MOTO. APRESENTANDO FRATURA EM PORÇÃO PROXIMAL DA TIBIA ESQUERDA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA		Profissional Clas. Risco: LORENA MACALHAZ MACEDO 21/02/2018 04/09/2018 10:21:47	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)			
<p><i>Traxa</i> <i>Teorito</i></p> <p><i>fx Teorito (E)</i></p> <p><i>fx / Ror /</i></p>			
PA	X	unidade	
Diagnóstico Inicial:	Sueto:	PC:	Temp.:

CONDUITA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	
<p><i>W</i></p>	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Se Internação, indique o Procedimento e CID
DATA: / / HORA: : :	Procedimento CID

Daniel w. da S. Rodrigues
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional 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: 17/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03834

CONTA: 000000002570-9

Nr. da Autenticação 4B422B3A0338F6C7

		033-7		03399.52590 07084.613194 27001.801011 2 76510000000600	
Local de Pagamento: Pagável em Qualquer Banco Até o vencimento				Vencimento 18/09/2018	
Beneficiário: Indaial/SC- CNPJ: 01.894.432/0004-07				Agência/Cód. Beneficiário 3059/5259070	
Data Documento	Num. Doc.	Esp. Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
13/09/2018	1319270	DS	N	13/09/2018	8461319270018
Nº da Conta/Resp	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do Documento
	101	R\$			R\$ 6,00
Instruções: Não aceitar o pagamento após o vencimento Boleto referente ao requerimento de reposição de avaliação código requerimento 287202				(-)Desconto (-)Outras Deduções/Abatimento (+)Mora/Multa/Juros (+)Outros Acréscimos (=)Valor Cobrado	
Pagador: Daniel William da Silva Rodrigues RUA PROFESSORA MARIA DA LUZ, 15 - QUADRA H8 - 64012-010 - PARQUE BRASIL - TERESINA/PI Nº de matrícula: 1319270 - Turma: SES0585 Doc. Identidade: 3334066 - CPF: 054.076.243-11					

Autenticação Mecânica



		033-7		03399.52590 07084.613194 27001.801011 2 76510000000600	
Local de Pagamento: Pagável em Qualquer Banco Até o vencimento				Vencimento 18/09/2018	
Beneficiário: Indaial/SC- CNPJ: 01.894.432/0004-07				Agência/Cód. Beneficiário 3059/5259070	
Data Documento	Num. Doc.	Esp. Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
13/09/2018	1319270	DS	N	13/09/2018	8461319270018
Nº da Conta/Resp	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do Documento
	101	R\$			R\$ 6,00
Instruções: Não aceitar o pagamento após o vencimento Boleto referente ao requerimento de reposição de avaliação código requerimento 287202				(-)Desconto (-)Outras Deduções/Abatimento (+)Mora/Multa/Juros (+)Outros Acréscimos (=)Valor Cobrado	
Pagador: Daniel William da Silva Rodrigues RUA PROFESSORA MARIA DA LUZ, 15 - QUADRA H8 - 64012-010 - PARQUE BRASIL - TERESINA/PI Nº de matrícula: 1319270 - Turma: SES0585 Doc. Identidade: 3334066 - CPF: 054.076.243-11					

Autenticação Mecânica





Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0876167-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.182-5
Nota Fiscal / Conta de Energia elétrica - Série E. 1
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ/PI

Nº da Nota Fiscal: 005730055

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEL foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2018	21/05/2018	433	806,13

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO
R. MACAPA 4001 NOVO HORIZONTE
CPF: 00084438851300
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 9.001.75.40.483000

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	42531	Atual:	14/05/2018
Anterior:	42098	Anterior:	13/04/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14/06/2018
Consumo Medido:	433	Emissão:	11/05/2018
Consumo Faturado:	433	Apresentação:	14/05/2018
Forma de Pagamento: NORMAL		Dias de Consumo: 31	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto
RESIDENCIAL			

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	433 A R\$ 0,820875 = 355,43
ABR/18	402	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	29,02
MAR/18	471	PARCELAMENTO DE DEBITOS 35/36	421,68
FEV/18	493	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,93	
JAN/18	512		
DEZ/17	520		
NOV/17	592		
OUT/17	492		
SET/17	554		
AGO/17	449		
JUL/17	200		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
R\$ 433 - 0,558286			

PJ-CORRETORA
DE SEGUROS
26 NOV.2018

DPVAT

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO 453C.6ZB5.6/57.08FD.99ZF.1285.EC36.5580

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	69,03	Base de Cálculo:	355,43
Energia:	111,29	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	20,65	Valor de ICMS:	95,96
Encargos:	20,92	Valor da PIS:	3,12
Tributos:	113,54	Valor do COFINS:	14,46

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
	HC	DMIC	DICI	DMIC	DICI	DICI
	5,19	10,39	20,77	3,36	6,73	13,45
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TERESINA-JOCKEY

ROT: 9.001.75.40.483000



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.182-5

SEU CÓDIGO

0876167-1

MES FATURADO

05/2018

Nº da Nota Fiscal: 005730055

FCAM

TOTAL A PAGAR - R\$

806,13

VENCIMENTO

21/05/2018

83640000008 6 06130017000 0 000000000876 3 167105180008 4



SEQ.: 00202 UC: 0876167-1 DT.LEIT.: 14/05/2018 T.ENTR.: 00
LEITURA: 42531 NORMAL TOTAL: 806,13 CARGA: 013
DT.VENC.: 21/05/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2041

		033-7		03399.52590 07084.613194 27001.801011 2 76510000000600	
Local de Pagamento: Pagável em Qualquer Banco Até o vencimento				Vencimento 18/09/2018	
Beneficiário: Indaial/SC- CNPJ: 01.894.432/0004-07				Agência/Cód. Beneficiário 3059/5259070	
Data Documento	Num. Doc.	Esp. Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
13/09/2018	1319270	DS	N	13/09/2018	8461319270018
Nº da Conta/Resp	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do Documento
	101	R\$			R\$ 6,00
Instruções: Não aceitar o pagamento após o vencimento Boleto referente ao requerimento de reposição de avaliação código requerimento 287202				(-)Desconto (-)Outras Deduções/Abatimento (+)Mora/Multa/Juros (+)Outros Acréscimos (=)Valor Cobrado	
Pagador: Daniel William da Silva Rodrigues RUA PROFESSORA MARIA DA LUZ, 15 - QUADRA H8 - 64012-010 - PARQUE BRASIL - TERESINA/PI Nº de matrícula: 1319270 - Turma: SES0585 Doc. Identidade: 3334066 - CPF: 054.076.243-11					

Autenticação Mecânica



		033-7		03399.52590 07084.613194 27001.801011 2 76510000000600	
Local de Pagamento: Pagável em Qualquer Banco Até o vencimento				Vencimento 18/09/2018	
Beneficiário: Indaial/SC- CNPJ: 01.894.432/0004-07				Agência/Cód. Beneficiário 3059/5259070	
Data Documento	Num. Doc.	Esp. Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
13/09/2018	1319270	DS	N	13/09/2018	8461319270018
Nº da Conta/Resp	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do Documento
	101	R\$			R\$ 6,00
Instruções: Não aceitar o pagamento após o vencimento Boleto referente ao requerimento de reposição de avaliação código requerimento 287202				(-)Desconto (-)Outras Deduções/Abatimento (+)Mora/Multa/Juros (+)Outros Acréscimos (=)Valor Cobrado	
Pagador: Daniel William da Silva Rodrigues RUA PROFESSORA MARIA DA LUZ, 15 - QUADRA H8 - 64012-010 - PARQUE BRASIL - TERESINA/PI Nº de matrícula: 1319270 - Turma: SES0585 Doc. Identidade: 3334066 - CPF: 054.076.243-11					

Autenticação Mecânica





Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0876167-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.742/0001-09 | Insc. Estadual: 19.301.383-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 012300600

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	07/11/2018	604	587,10

FIZETE CHAVES DE SOUZA
R. MACAPA 4001, NOVO HORIZONTE
CPF: 00079517307349
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		kWh		DATAS DA LEITURA	
Atual:	64993			Atual:	15/10/2018
Anterior:	64389			Anterior:	13/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	14/11/2018
Consumo Medidor:	604			Ensaio:	11/10/2018
Consumo Faturado:	604			Apresentação:	30/10/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Sub-classe	Especie	Número Medidor	Posto	Código Tar.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A786234		1.1.1.1	0

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
SET/18	@	CONSUMO	604 A R\$ 0,985876 = 541,10
AGO/18	@	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	43,78
JUL/18	@	2A. VIA PERDIDO CONSUM 05/15-00	2,28
JUN/18	@	ADICIONAL BANDA LARGA VERMELHA	30,17
MAI/18	@		
ABR/18	@		
MAR/18	@		
FEV/18	@		
JAN/18	@		
DEZ/17	@		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25	
Parabéns! Até o dia 11/10/2018 não constataremos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.	

RESERVADO AO FISCO 3674.8385.6449.0F99.1CC2.9F3B.061C.52C9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	104,11	Base de Cálculo:	541,10
Energia:	198,05	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	31,16	Valor do ICMS:	146,09
Enluzamento:	11,56	Valor do PIS:	3,35
Tributos:	176,22	Valor do COFINS:	24,78

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
INDICADOR	PERÍODO	VALOR	PERÍODO	VALOR	PERÍODO
5,19	10,39	20,77	3,46	6,71	12,12

CO CORRETORA
DE SEGUROS
09 JAN 2019
DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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.

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 penas administrativas, reprimir, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edmundo José Faria de Camille inscrito (a) no CPF/CNPJ 84438851300
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel William de S. Rodrigues inscrito
(a) no CPF sob o nº 054 046 243 / 11 do sinistro de DPVAT cobertura Furto da vítima
Daniel William de S. Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o nº 054 046 243 / 11 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

I, I 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 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	R. <u>Novorpa</u>		Número	4001		Complemento
Bairro	Novo Horizonte		Cidade	Ferreira		Estado
CEP	054 046 243		CPF	69-080150		
Telefone comercial (DDD)			Telefone celular (DDD)			
(046) 99946666						

Ferreira de 09 de 11 de 2018
Local e Data

Edmundo José Faria de Camille
Assinatura do Declarante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 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.

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 penas administrativas, reprimir, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edinaldo José Faria de Camille inscrito (a) no CPF/CNPJ 84438851300
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel William de S. Rodrigues inscrito
(a) no CPF sob o nº 054 046 243 / 11 do sinistro de DPVAT cobertura Furto da vítima
Daniel William de S. Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o nº 054 046 243 / 11 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

I, I 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 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	R. <u>Novorpa</u>		Número	4001		Complemento
Bairro	Novo Horizonte		Cidade	Ferreira		Estado
CEP			CEP	69-080/50		
Telefone comercial (DDD)			Telefone celular (DDD)			
(066) 99946666						

Ferreira de 09 de 11 de 2018
Local e Data

Edinaldo José Faria de Camille
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Emanuel de Sousa Silva,

RG nº 1595817, data de expedição 21/01/2017.

Órgão SSR-PI, portador do CPF nº 817 962 003 44 com

domicílio na cidade de Jeremim, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Q 108 LOT 09 PG WALL FERRY 2º

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Daniel William da Mota Rodrigues cujo condutor era

Daniel William da Mota Rodrigues

Veículo: motocicleta

Modelo: HONDA CG 150 FAN ESDI

Ano: 2013/2013

Placa: 00B 2072

Chassi: 9C2KCJ680R309433

Data do Acidente: 10.09.18

Local e Data: Jeremim - PI 21/09/2018

Emanuel de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



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



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANA LIA DONALVES DE SAMPÃO PEREIRA
RUA LUIZ MARINO MORAES, 1221 CENTRO - CEP: 64000-000 - TERESINA-PI
Fone: (0xx06) 3221-7888 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Ata de Notas
Registro e Judicial
RECONHECIMENTO DE FURMA
18J 34928

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EMANUEL DE SOUSA SILVA, DO
FE. EM TEST. Jeremim DA VERDADE, TERESINA-PI, 21/09/2018. Emol. 33
TJPI0,74 Selo0,26 Total:4,71 Selo:AB3.34928 (F80F405)

Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escritor(a) Autorizada

☐ Tabelião ☒ Escritor(a) autorizado



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Emanuel de roșu Lico

RG nº 1595817, data de expedição 21/04/2017

Órgão SSM-Pi, portador do CPF nº 817 962 003 44 com

domicílio na cidade de Jerônimo, no Estado de

Pituaí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Q 108 207 09 PG WALL FERRY 2^{no}

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vitima Daniel William da Silva Rodrigues cujo lo condutor era

Daniel William de la Torre Rodriguez

Veículo: motocicleta

Modelo: HONDA CG150 FAN PSDF

Ano: 2013/2013

Placa: OUB 2072

Chassi: 9C2KCJ6800R309433

Data do Acidente:

Local e Data: ferreira - PS 21/09/2018

Assinatura do Declarante

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





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Danilo William da Silva Rodrigues

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 487290



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO -- SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
A SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otton Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

NHEP 16:20
04/09/18

Imp: 04/09/2018 10:21:49

Classe: LORENA

Detecção: ACCRIM

Nome:	DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES	Prontuário:	487230
Mãe:	VERA LUCIA DA SILVA PAULINO RODRIGUES	Pai:	ANTONIO CARLOS DOS SANTOS RODRIGUES
End. Resid.:	QD 47 CS 24 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA PI - CEP: 64000 010		
Nascimento:	23/11/1992	Idade:	25a9m11d
		Sexo:	Masculino
		Fone:	86-98886-3877
Responsável:	O MESMO	CNS:	898003895795937
Profissão:	MOTO TAXISTA	Documento:	CPF: 054.076.243-11
E. Instrução:	Médio Completo	E. Civil:	Casado(a)
End. Local:	- - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	682569	Data:	04/09/2018 10:14:54	Condução:	VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênios:	0 0 0		
Acid. Trab.:	Sim	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Sim
		CID Secundário:	9209		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
QUEIMAS	Fratura exposta	ORTOFEDISTA	Amarelo
Grava História:	Profissional Clas. Risco:		
PACIENTE REGULADO HOSP. BUENOS AIRES COM RELATOS DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM MOTO. APRESENTANDO FRATURA EM PORÇÃO PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA			
LORENA MAGALHÃES MACEDO			

DADOS CLÍNICOS:	(Hora: ____:____)		
Tram. Torcido			
fx Torcido (E)			
fx. / Pos. /			
PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	fc: ____ bpm	Temp.: ____

Diagnóstico Inicial:	CID:
CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	
RAIO X REALIZADO	
DATA 04/09/2018	
Técnico: [assinatura]	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Se Internação, indique o Procedimento e CID
DATA: ____/____/____	Procedimento: ____ CID: ____

Daniel w. da S. Rodrigues
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: Daniel William da Silva Rodrigues Sala: _____ Data: 10.09.2018
Procedimento: Osteossíntese de Tíbio com Dr. Jamerson Cirurgião: _____ Observações: _____

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 <u>Propofol</u>	<u>15 mg</u>												
2 <u>Morfina</u>	<u>8 mg</u>												
3													
4 <u>Cefazolone</u>	<u>2g</u>												
5													
6 <u>Dipirone</u>	<u>2g</u>												
7													
8 <u>Talatal</u>	<u>0,1g</u>												
9													
10 <u>Axemetazone</u>	<u>4g</u>												
11													
12 <u>Endorfinas</u>	<u>4g</u>												
13													
Oxigênio													
120													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico 20
Cat. Venoso nº ... G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos ... cateteres
☐ Central ...

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT nº ...
☐ LMA nº ...

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Sedação Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Rínquelo Periférico
☐ Outros

Decúbito: Dorsal

SPO2 (%)	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>
ETCO2 (mmHg)						
Aces. Venoso						
Aces. Venoso						
Diurese						
Perdas Sanguíneas						

Descrição da Anestesia:

Dr. João Libório
Anestesiologista
CRM-PI 6663

Anestesiologista

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 10/01/2018

NOME DO PACIENTE:	<u>Daniel William da Silva Rodrigues</u>			PRONTUÁRIO Nº:	<u>48230</u>
DIAGNÓSTICO:				CIRURGIA:	<u>rot. cing. rot. plav.</u>
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	Dr. Jamerson M. de L. Junior	Nº DA SALA:	<u>01</u>	<u>to 1º e 2º</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Jamerson</u>	Ortopedia / Traumatologia	CPF Nº:		
AUXILIAR:		CRM-P: 3678 / TEOT - 11094	CPF Nº:		
ANESTESIA:	<u>Dr. Faio</u>		CPF Nº:		
INSTRUMENTADORA:	<u>Claudia</u>		CPF Nº:		

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>N.24</u>	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7.10</u>	PAR		
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7.15</u>	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>01</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>80</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>180</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>150</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO <u>500ml</u>	FRASCO		
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Cateter 02</u>			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eluioch</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Exovas</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Cupom</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2-0</u>							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>0</u>				CIRCULANTE:	<u>Solange moutinho</u>		
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Daniel William da Silva Rodrigues

Diagnóstico pré-operatório

Fx clavícula direita

Operação - Tipo

Dr. Jamerson M. d. S. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 3878 / RCD - 11094

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Claudemir Dr. Jairo

Anestesiista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

10.09.2018

Início

08:30

Fim

09:30

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

DPVAT

1) Paciente em ddh 10 graus, tendo
2) perfurados 3 pontos colocados
de corpo, cir
3) Incisão por meio Medial ± 10cm
em 2^o
4) Redução da fx da Espinha +
Placa unidirecional + Osteossintese
com placa em 2^o e 3^o pontos
5) Lavagem profunda

Dr. Jamerson M. d. S. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 3878 / RCD - 11094
Mod. 76 HUT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 12956 - Em: (04/09/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
222127	487230	DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES	POSIVO 1	ANEXO 701	LEITO	ARTHUR SOARES DE SOUSA			
Evolução:	Diagnóstico/Comorbidades:								
Hora:	Fratura da espinha tibial								
11:45	Alergias:								
	Nega								
Seq.:	Descrição-Apresentação/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE								
1	CLORETO DE SÓDIO (SORO FISIOLÓGICO) 0,9% C/100ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	24/24h			(12.45) (25)	
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,50	Amola	EV	6/6h			12.45 (25)	
3	TENDOCAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Amola	EV	12/12h			12.45 (25)	
4	OMEPRAZOL 20MG	1,00	Capela	Oral	24/24h			12.45 (25)	

Observações Gerais:

COINADOS GERAIS E SINAIS VITAIS

Dr. Arthur Sampaio
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 3200

PI CORRETORA
DE SEGUROS
26 NOV 2018
DPVAT



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR


COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 344261832	Nº REGULAÇÃO: 39987	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D'ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - IIUT		
LEITO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES		NASCIMENTO: 23/11/1992

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE APRESENTA AO RX, FISSURA/FRATURA EM POÇÃO PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA, APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HOJE. SEM SINAIS DE TCE, GLASGOW 15.			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS: RX			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 110/80(mmHg)	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO: 99%	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

PJ CORRETO
DE SEGUROS
26 NOV 2018

DATA: 04/09/2018 09:09:40
 Médico Responsável CRM 5073-PI
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

DPVAT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1220 - Radanoia - Fone: 33 2212 2442
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 08.222.817/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES** (Prontuário: **487238**)
 Endereço: **QD 47 C/S 24 - SANTA MA. UDDIPI - TERESINA - PI CEP: 64200-010**
 Nascimento: **28/11/1992** Idade: **25a11m19d** Sexo: **Masculino** Orgão: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **662563**
 Requisição: **870430** Solicitação: **04/09/2016** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1077753** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080125

Data Exame: 04/09/2016

JOELHO ESQUERDO

O estudo radiológico do joelho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente no platô tibial sem desvio.
- Aumento do volume do partes moles.

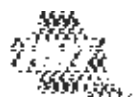
(LORGE ALMEIDA)

TERESINA - PI 12/11/2010

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
 CRM: 133.933.172-08 CRM PI 1341
 Profissional Responsável

[Handwritten signature]





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUIT
 Rua Dr. Otto Tito 1320 Rodaço - Fone: 33 3713 3445
 TERESINA-PI CEP: 64017-270 CNES: 33.822.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES** (Previdenciário 487238)
 Endereço: **OD 47 C'S 24 - SANTA MAL COOPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **23/11/1992** Idade: **25/11/2018** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **022127**
 Regulação: **872457** Solicitação: **10/09/2018** Solicitante: **ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA**
 Controle: **1080514** Convênio: **S U S** CLINICA ORTOPEDIA - F11 ENFERMARIA 233 LEITO 237

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0294060125

Data Exame: 10/09/2018

JOELHO ESQUERDO

O estudo radiológico do joelho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no platô tibial fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento do volume do partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(ASSINATURA)

TERESINA - PI 12/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.902.173-99 CRM PI 1341
 Profissional Responsável



C.O.B

CLÍNICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES

Clínica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires

Fones: (86) 3214-1600 / 3214-1314 - CEP 64.009-330 - Teresina-Piauí

E-mail: clinicacob@hotmail.com

Sr(a). DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 04/09/2018

BO=100203,003458/2018-16

HD FRATURA DE PLANALTO TIBIAL E

FEITO OSTEOSINTESE DE FRATURA
DO PLANALTO TIBIAL E

EF DOR LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO E
F DE 70 GRAUS

RX JOELHO E 2P FRAT DE PLANALTO TIBIAL E
CONSOLIDADA

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 50 % EM JOELHO E



Teresina 27 de Março de 2019

Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294
TEOT - 8054

Dr. Edmar de S Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-PI

RETORNA
URO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



MA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1526202590

NOME

DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
3334066 SSP PI

CPF
054.076.243-11

DATA NASCIMENTO
23/11/1992

FILIAÇÃO
ANTONIO CARLOS DOS SAN
TOS RODRIGUES
VERA LUCIA DA SILVA PA
ULINO RODRIGUES

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

06130003900

VALIDADE

13/09/2022

1ª HABILITAÇÃO

25/07/2014

OBSERVAÇÕES

EAR;

FI CORRETORA
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVA

Daniel William da Silva Rodrigues

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SAO LUIS, MA

DATA EMISSÃO

24/11/2017

Larissa Abdalla Brito

Larissa Abdalla Brito

ASSINATURA DO EMISSOR

42217124060

MA036191515

MARANHÃO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1526202590

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO**

DOC. IDENTIDADE / CPF: **1968901 889 FI**

CM: **844.388.213-00** DATA NASCIMENTO: **19/03/1981**

RUAÇÃO: **ARTURIO BARROS DE CARVALHO**
ANTONIO LUCIA DE JONA CARVALHO

PERMISSÃO: **CONDUZIR** ACC: **CONDUZIR** CAT: **AB**

Nº REGISTRO: **03698246500** VALIDADE: **05/01/2022** HABILITAÇÃO: **28/09/2005**

OBSERVAÇÕES:

Estimado por Anna de Carvalho
 ADMINISTRAÇÃO DE REGISTROS

DATA DE EMISSÃO: **17/02/2017**
 78054815018
 21314299472

PIAUI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1412442552

PROVEDOR PLASTIFICAR
 1412442552

PJ CORRETORES
 DE SEGUROS

28 NOV 2018

DEVAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



MA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1526202590

NOME

DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
3334066 SSP PI

CPF
054.076.243-11

DATA NASCIMENTO
23/11/1992

FILIAÇÃO
ANTONIO CARLOS DOS SAN
TOS RODRIGUES
VERA LUCIA DA SILVA PA
ULINO RODRIGUES

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

06130003900

VALIDADE

13/09/2022

1ª HABILITAÇÃO

25/07/2014

OBSERVAÇÕES

EAR;

FI CORRETORA
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVA

Daniel William da Silva Rodrigues

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SAO LUIS, MA

DATA EMISSÃO

24/11/2017

Larissa Abdalla Brito

Larissa Abdalla Brito

ASSINATURA DO EMISSOR

42217124060

MA036191515

MARANHÃO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1526202590

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JAN 2019

DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME:
EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

DOC. DE IDENTIFICACAO: 1968301 650 PI

CPF:
844.388.513-00

DATA NASCIMENTO:
19/03/1981



FILIAÇÃO:
ANTONIO BARROS DE
CARVALHO
ANTONIA LUCIA DE LIMA
CARVALHO

ENDEREÇO:
[REDACTED]

CIDADE:
AR

Nº REGISTRO:
03698246500

VALIDADE:
05/01/2022

VALIDADE:
28/09/2005

VALIDADE EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1412442552

OBSERVAÇÕES

Assinado por Lima de Carvalho
ASSINATURA DO PROPRIETARIO

LOCAL:
TERESINA

DATA DE EMISSÃO:
17/02/2017

18054815018
PI318255472

ASSINATURA DO TITULAR
[Signature]

PIAUÍ

ETORA
IROS

19

PROVIDO PLASTICA
1412442552

DETRAN - PI Nº 013156864250
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD-RENAVAM 00513170642 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

2220
0064
6272
3b66
4b66
5b66
0na1
22d3
da50
ba02
9848

NOME
EMANUEL DE SOUSA SILVA

CPF/CNPJ 81796200344 PLACA GUB-2072

PLACA ANT. UF GUB-2072 CHASSI 9C2KC1680DR309433

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLE/NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP/POT/CIL 02P/0149CC CATEGORIA ALUGUEL COR PREDOMINANTE AMARELA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª IPVA

FAIXA IPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 000,00 OF (R\$) 000,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO 14/02/2018

SEM RESTRICOES OBSERVAÇÕES

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

PI Nº 013156864250 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 22/02/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 81796200344 PLACA GUB-2072

RENAVAM 00513170642 MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2013 DATA 09 Nº CHASSI 9C2KC1680DR309433

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$)

000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 185,30 (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUOTACÃO 14/02/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

Cartório
Thomastocles
Sampaio

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANAÍLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
REALIZANDO NOGUEIRA, 1233 CENTRO - CEP: 64000-300 - TERESINA-PI
Fone: (0xx86) 3221-7886 - E-mail: cartorio3@cartoriosampaio.com.br

AUTENTICO A PRESENTE FOTOCOPIA QUE É REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL. E
FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 21/09/2018.

Para do Socorro de Carvalho de Sene-Escritor Autorizada
EML: 2,39 TJ: 0,48 Selo: 0,26 Total: 3,13 Selo: AK.48659 (F80F405)

Tabella

Escritor autorizado

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVAT

Cartório Thomastocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Socorro de Carvalho de Sene
Escritor Autorizada
Teresina - PI

Selo de Fiscalização
Autenticidade
Folha Autêntica
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registro e
Licenciamento

AUTENTICAÇÃO
Nº AK.48659
30
Tabela
3221 7886

DETRAN - PI Nº 013156864250
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD-RENAVAM 00513170642 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

2220
0064
6272
3b66
4b66
5b66
0na1
22d3
da50
ba02
9848

NOME
EMANUEL DE SOUSA SILVA

CPF/CNPJ 81796200344 PLACA GUB-2072

PLACA ANT. UF GUB-2072 CHASSI 9C2KC1680DR309433

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLE/NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP/POT/CIL 02P/0149CC CATEGORIA ALUGUEL COR PREDOMINANTE AMARELA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª IPVA

FAIXA IPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 000,00 OF (R\$) 000,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO 14/02/2018

SEM RESTRICOES OBSERVAÇÕES

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

PI Nº 013156864250 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 22/02/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 81796200344 PLACA GUB-2072

RENAVAM 00513170642 MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2013 DATA 09 Nº CHASSI 9C2KC1680DR309433

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$)

000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 185,30 (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUOTACÃO 14/02/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

Cartório
Thomastocles
Sampaio

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANAÍLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
REALIZANDO NOGUEIRA, 1233 CENTRO - CEP: 64000-300 - TERESINA-PI
Fone: (0xx86) 3221-7886 - E-mail: cartorio3@cartoriosampaio.com.br

AUTENTICO A PRESENTE FOTOCOPIA QUE É REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL. E
FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 21/09/2018.

Para do Socorro de Carvalho de Sene-Escritor Autorizada
EML: 2,39 TJ: 0,48 Selo: 0,26 Total: 3,13 Selo: AKK-48659 (F80F405)

Tabella

Escritor autorizado

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVAT

Cartório Thomastocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Socorro de Carvalho de Sene
Escritor Autorizada
Teresina - PI

Selo de Fiscalização
Autenticidade
Folha Autêntica
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registro e
Autenticação

AUTENTICAÇÃO
Nº AKK-48659
30
Tabela
3221 7886

Carta de Solicitação de renovação

S: 31902155

Venho em mão desta carta pedir a sua
respeitada empresa e seus analistas, que por favor
me analise presencialmente por meio de uma
perícia médica, pois fui vítima no meu parto
e tenho forte sequelas, pois fiquei com sequelas
permanentes, com dificuldade ao caminhar e
com um tipo de membro ao me locomover,
agradecer a compreensão de todos

Atenciosamente Pt 25/04/2019

Ass: Daniel William da Silva Rodrigues



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190021155 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
RODRIGUES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS REVISÃO DA AMD EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.
COMPLEMENTO POR REANÁLISE 0%.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190021155 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190021155 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
RODRIGUES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS REVISÃO DA AMD EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.
COMPLEMENTO POR REANÁLISE 0%.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190021155 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
RODRIGUES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Daniel William da Silva Rodrigues
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado Profissão: Moto Taxi
 RG: 3.534.066 Org. emissor SSP-PB D. Expedição 24/11/2014 CPF: 054.076.243-11
 Endereço: R. Prof. Maria do Bay Nº 15 Bairro: St. Brasil I
 Cidade: Terreiros Estado: PB CEP: 64.012.010

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: Eduardo José Junior de Carvalho
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado Profissão: Autônomo
 RG: 1.968.901 Org. emissor SSP-PB D. Expedição 16/12/2018 CPF: 844.388.513-00
 Endereço: R. Macapa Nº 4 Nº 4001 Bairro: Nova Horizonte
 Cidade: Terreiros Estado: PB CEP: 64.080.150

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência,) podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima Daniel William

da Silva Rodrigues Acidente ocorrido em: 24/09/2018

Local / data: 1 de outubro de 2018

3º OFÍCIO

Daniel William da Silva Rodrigues

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVAT

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

TERESINA CARTORÓ 3º OFÍCIO DE NOTAS
 TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
 REALIZANDO NOTURNO, 123 CENTRO - CEP: 64000-210 - TERESINA - PI
 Fone: (066) 3221-7894 - E-mail: anadot@cartorio3ooficio.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
 TERESINA-PI, 01/10/2018. Enol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,25 Total: 4,71
 Selo: ABP.39666 (F59CP377)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada
☐ CARTORÓ THEMISTOCLES SAMPAIO
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Judite de Castro Cardoso
 Escrevente Autorizada
 Teresina - PI

Selo de Fiscalização e Autenticidade
 Poder Judiciário
 Estado do Piauí
 Área de Notas, Registro e Juizados
 RECONHECIMENTO DE FIRMA
 ABP.39666

3º OFÍCIO
 066 3221 TRAP

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Daniel William da Silva Rodrigues
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado Profissão: Moto Taxi
 RG: 3.534.066 Org. emissor SSP-PB D. Expedição 24/11/2014 CPF: 054.076.243-11
 Endereço: R. Prof. Maria do Bay Nº 15 Bairro: St. Brasil I
 Cidade: Terreiros Estado: PB CEP: 64.012.010

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: Eduardo José Junior de Carvalho
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado Profissão: Autônomo
 RG: 1.968.901 Org. emissor SSP-PB D. Expedição 16/12/2018 CPF: 844.388.513-00
 Endereço: R. Macapa Nº 4 Nº 4001 Bairro: Novo Horizonte
 Cidade: Terreiros Estado: PB CEP: 64.080.150

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência,) podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima Daniel William da Silva Rodrigues Acidente ocorrido em: 24/09/2018

Local / data: 1 de outubro de 2018

3º OFÍCIO

Daniel William da Silva Rodrigues

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

TERESINA CARTORÓ 3º OFÍCIO DE NOTAS
 TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
 REALIZANDO NOTURNA, 123 CENTRO - CEP: 64000-210 - TERESINA - PI
 Fone: (066) 3221-7894 - E-mail: anadramonta@cartorio-terepi.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
 TERESINA-PI, 01/10/2018. Enol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,25 Total: 4,71
 Selo: ABP.39666 (F59CP377)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada
☐ CARTORÓ THEMISTOCLES SAMPAIO
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Judite de Castro Cardoso
 Escrevente Autorizada
 Teresina - PI

Selo de Realização e Autenticidade
 Poder Judiciário
 Estado do Piauí
 Assessoria de Apoio
 Registro e Publicidade

RECONHECIMENTO DE FIRMA
 ABP.39666

3º OFÍCIO
 3221 TRAP

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008614/19

Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

CPF: 054.076.243-11

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 04/09/2018

Titular do CPF: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

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

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO : 844.388.513-00

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

DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES : 054.076.243-11

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: 09/01/2019
Nome: EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO
CPF: 844.388.513-00

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426388/18

Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

CPF: 054.076.243-11

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 04/09/2018

Titular do CPF: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

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

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO : 844.388.513-00

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

DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES : 054.076.243-11

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: 26/11/2018
Nome: EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO
CPF: 844.388.513-00

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008614/19

Número do Sinistro: 3190021155

Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

CPF: 054.076.243-11

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/09/2018

Titular do CPF: DANIEL WILLIAM DA
SILVA RODRIGUES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 29/04/2019
Nome: EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO
CPF: 844.388.513-00

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190021155

Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 04/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190021155

Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 04/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003834

Conta: 000002570-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: **DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES**

Nº Sinistro: **3190021155**
DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: **04/09/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO**

Assunto: **REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190021155**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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 14285413



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Meu sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 054 076 243 11 Nome completo da vítima: Daniel William da S. Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Daniel William da S. Rodrigues CPF: 054 076 243 11

Profissão: Revisor Endereço: R. Prof. Manoel da Luz Número: 4048 Complemento: 2015

Bairro: Vila Brasil Cidade: Foz de Iguaçu Estado: PR CEP: 64.000-000

E-mail: _____ Tel./DDD: (016) 9999-0646

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (somente para bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (737) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3834 CONTA: 2570 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo o direito, desde já e somente após a efetivação no crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido/incapaz de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Cruzo de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Foz de Iguaçu - PR 09/11/2018

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO: Daniel W. da S. Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.