



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº da sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	054 076 243 11	Daniel Willian do S. Rodrigues		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Daniel Willian do S. Rodrigues		054 076 243 11		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Reyner	2º Prof. Maria da Ley	0046	C 015	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	
Vargem Bonita	Fernam	Pr	64.000.000	
E-mail:	Tel.(DDD): (066) 1999-0666			

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

## DADOS CADASTRAIS

**RENDA MENSAL:**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3834  CONTA: 2570  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

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/reembolso do Seguro DPVAT a que tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sempre após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de cobertura do Seguro DPVAT (de invalidade permanente, uma vez que fassinalo em uma das opções):

PROCORRETORA  
DE SEGUROS

- 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 da natureza permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/94, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

26 NOV 2018

DPVAT

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado/Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau 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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, evitando assim, óbito, de que qualquer omissão ou deslução não vedada poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 269 do Código Penal.

Local e Data:	Local e Data: Fernam - PR 09/11/2018
Nome:	Nome: _____
CPF:	CPF: _____

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SCU RODO, 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 N°: 100203.003458/2018-16

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Francelina De Medeiros Eletário

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

### DADOS DA OCORRÊNCIA

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Data/Hora**

04/09/2018 - 07:10

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

TERESINA

**Bairro**

SÃO JOAQUIM

**Endereço**

RUA RADIALISTA JIM BORRALHO, Nº:

**Ponto de Referência**

**Complemento**

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

**Nome:** DANIEL WILLIAN DA SILVA RODRIGUES

**Tipo Envolv.:** VITIMA/Noticiante

**RG:** 3334066 SSP PI

**Mãe:** VERA LUCIA DA SILVA OAUINO RODRIGUES

3 CORRETORA  
DE SEGUROS

**Pai:** ANTONIO CARLOS DOS SNTOS RODRIGUES

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

**Bairro:** PARQUE BRASIL

**Cidade:** TERESINA

**Telefone(s):** 86-9812-2984

26 NOV 2018

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

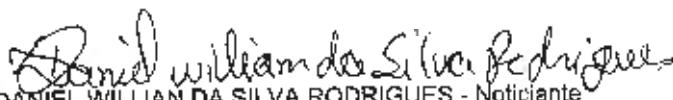
**Natureza(s) da Ocorrência**

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 Eletário - Mat. 1963295  
AGENTE DE POLÍCIA

  
DANIEL WILLIAN DA SILVA RODRIGUES - Noticiante  
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 N°: 100203.003458/2018-16

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Francelina De Medeiros Eletário

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

### DADOS DA OCORRÊNCIA

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Data/Hora**

04/09/2018 - 07:10

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

TERESINA

**Endereço**

RUA RADIALISTA JIM BORRALHO, Nº:

**Bairro**

SÃO JOAQUIM

**Complemento**

**Ponto de Referência**

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

**Nome:** DANIEL WILLIAN DA SILVA RODRIGUES

**Tipo Envolv.:** VITIMA/Noticiante

**RG:** 3334066 SSP PI

**Mãe:** VERA LUCIA DA SILVA OAUINO RODRIGUES

3 CORRETORA  
DE SEGUROS

**Pai:** ANTONIO CARLOS DOS SNTOS RODRIGUES

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

**Bairro:** PARQUE BRASIL

**Cidade:** TERESINA

**Telefone(s):** 86-9812-2984

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 Eletário - Mat. 1963295  
AGENTE DE POLÍCIA

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

Delegado de Polícia



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Número de identificação ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

054 076 243 11 Daniel Willian do S. Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: Daniel Willian do S. Rodrigues

Profissão: Revisor

Endereço:

2º PROF. Maria da Ley

Bairro: Vargem Branca

Cidade:

Fernamur

E-mail:

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

## DADOS CADASTRAIS

## RENDIMENTO MENSAL:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA       | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3834  CONTA: 2570  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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/reembolso do Seguro DPVAT a que tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sempre após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de cobertura do Seguro DPVAT (de invalidade permanente, uma vez que fassinalo em 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 da natureza permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/94, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

PROCORRETORA  
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVAT

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado/Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:Grau 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: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, evitando assim, óbito, de que qualquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 269 do Código Penal.

Local e Data:	Local e Data: Fernamur - PE 09/11/2018
Nome:	Nome: _____
CPF:	CPF: _____

Daniel V. do S. Rodrigues  
 (\*) Assinatura de quem assina A RODO  
 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 Sua RODO, 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**

Nº da sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

Nome completo: Daniel William do S. Rodrigues CPF: 054 076 243-11  
Profissão: Revisor Endereço: L. Prof. Mano da Ley Número: 0048 Complemento: 2015  
Bairro: Vila Brasil Cidade: Franca Estado: SP CEP: 64.000-000  
E-mail: danielwilliamrodrigues@gmail.com Tel. (DDD): (036) 1999-066

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

**RENDIMENTO:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA [Só é possível para os bancos abaixo. Agende uma opção]

Bradesco (737)       Itaú (341)

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

## CONTA CORRENTE (Títulos e bônus)

**Nome do BANCO:** \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **3834**  CONTA: **2570**  | **T** | AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**Autorizo a Seguradora** Icer a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do 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 impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Sento-Rio (IPVI) por invalida e permanentemente, uma vez que (assinalar uma das opções):**

**PJ CORRETOR  
DE SEGUROS**

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

**DECLARAÇÃO DE TÍTULOS BENEFICIÁRIOS - DIRECIONAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado/In casu  Divorciado  Separado judicialmente  Vívoo Data do óbito da vítima:

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

Estou ciente de que a Seguradora Luder pagará, caso ocorrada, a indenização do Seguro DPVAT por morte de quaisquer beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando sempre, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista no artigo 259 do Código Penal.

Local e Data,	<u>fernando-p&amp;</u>	<u>09/11/2018</u>	TESTEMUNHAS
Nome:			1 <sup>a</sup>   Nome: _____
CPF:			CPF: _____

**Daniel W. de S. Rodrigues** (1) Assinatura de quem assina A RG  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**Assinatura do Representante Legal (se houver)**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SCU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intérprete teor da confidencialidade, antes do preenchimento e assinatura.



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Ofício Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

NHEP 16:30  
04/09/18

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

User: LORENA

Estado: ACEROL

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES		Prontuário: 487230
Mãe: VERA LUCIA DA SILVA PAGLIO RODRIGUES	Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS RODRIGUES	
End. Resid.: QD 47 CB 24 - SANTA MA. CODIPÍ - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 23/11/1992	Idade: 25a9mild	Sexo: Masculino
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 VITIMA EM MOTOCICLISTA (MOTOC)	Convênio: S E S	
vid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto:Não	Acid. Trab. Típico: Sim
		CID Secundario: V.299

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: Quedas	Evento Principal: Fratura exposta	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
-----------------------	-----------------------------------	----------------------	------------------------

### Resumo Histórico:

PAUTENTE REGULADO JOSE. BOENOS ACRES COM RELATOS DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM MOTO. APRESENTANDO FRATURA EM PORÇÃO PRIMINAL DA TIBIA ESQUERDA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Profissional Clas. Risco:

LORENA MACALHA MACEDO

DATA: 04/09/18 HORA: 10:21:47

PROFISSIONAL CORRETOR DE SEGUROS

DE

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

PA: X mmHg	P脉: _____	FC: _____ bat	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: _____			

*Trauma fechado  
fractura tibial (E)  
fractura fibular (E)  
fractura tibial fibular (E)*

*26-NOV-2018*  
*DATA: 09/09/18 HORA: 11:34*

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RAIO-X REALIZADO	
DATA: 04/09/18	
Técnica: _____	

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / /	HORA: : :	Procedimento: _____	CID: _____
-----------	-----------	---------------------	------------

*Daniel William da Silva Rodrigues*  
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Ofício Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

NHEP 16:30  
04/09/18

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

User: LORENA

Estado: ACEROL

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES		Prontuário: 487230
Mãe: VERA LUCIA DA SILVA PAGLIO RODRIGUES	Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS RODRIGUES	
End. Resid.: QD 47 CB 24 - SANTA MA. CODIPÍ - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 23/11/1992	Idade: 25a9mild	Sexo: Masculino
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 VITIMA EM MOTOCICLISTA (MOTOC)	Convênio: S E S	
vid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto:Não	Acid. Trab. Típico: Sim
		CID Secundario: V.299

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: Quedas	Evento Principal: Fratura exposta	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
-----------------------	-----------------------------------	----------------------	------------------------

### Resumo Histórico:

PAUTENTE REGULADO JOSE. BOENOS ACRES COM RELATOS DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM MOTO. APRESENTANDO FRATURA EM PORÇÃO PRIMINAL DA TIBIA ESQUERDA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Profissional Clas. Risco:

LORENA MACALHA MACEDO

DATA: 04/09/18 HORA: 10:21:47

PROFISSIONAL CORRETOR DE SEGUROS

DE

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

PA: X mmHg	P脉: _____	FC: _____ bat	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: _____			

*Trauma fechado  
fractura tibial (E)  
fractura fibular (E)  
fractura tibial fibular (E)*

*26-NOV-2018*  
*DATA: 09/09/18 HORA: 11:34*

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RAIO-X REALIZADO	
DATA: 04/09/18	
Técnica: _____	

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / /	HORA: : :	Procedimento: _____	CID: _____
-----------	-----------	---------------------	------------

*Daniel William da Silva 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: 00000002570-9

---

Nr. da Autenticação 4B422B3A0338F6C7

<b>Santander</b>		<b>033-7</b>	03399.52590 07084.613194 27001.801011 2 76510000000600			
Local de Pagamento: <b>Pagável em Qualquer Banco Até o vencimento</b>						Vencimento <b>18/09/2018</b>
Beneficiário: <b>Indaiá/SC-</b> CNPJ: <b>01.894.432/0004-07</b>						Agência/Cód. Beneficiário <b>3059/5259070</b>
Data Documento <b>13/09/2018</b>	Num. Doc. <b>1319270</b>	Esp. Doc. <b>DS</b>	Aceite <b>N</b>	Data Processamento <b>13/09/2018</b>	Nosso Número <b>8461319270018</b>	
Nº da Conta/Resp	Carteira <b>101</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	Valor do Documento	R\$ <b>6,00</b>
Instruções: Não aceitar o pagamento após o vencimento Observação: 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 - CPP: 054.076.243-11						Autenticação Mecânica



<b>Santander</b>		<b>033-7</b>	03399.52590 07084.613194 27001.801011 2 76510000000600			
Local de Pagamento: <b>Pagável em Qualquer Banco Até o vencimento</b>						Vencimento <b>18/09/2018</b>
Beneficiário: <b>Indaiá/SC-</b> CNPJ: <b>01.894.432/0004-07</b>						Agência/Cód. Beneficiário <b>3059/5259070</b>
Data Documento <b>13/09/2018</b>	Num. Doc. <b>1319270</b>	Esp. Doc. <b>DS</b>	Aceite <b>N</b>	Data Processamento <b>13/09/2018</b>	Nosso Número <b>8461319270018</b>	
Nº da Conta/Resp	Carteira <b>101</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	Valor do Documento	R\$ <b>6,00</b>
Instruções: Não aceitar o pagamento após o vencimento Observação: 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 - CPP: 054.076.243-11						Autenticação Mecânica



**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

Autenticação Mecânica

26 NOV 2018

**DPVAT**



Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0876167-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.749/0001-89 | Ins. Estadual PI 301 10.5-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série E - 1  
Regime especial de Imprensa autorizada pelo MCT/CNE

Nº da Nota Fiscal: 005730055

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEL, fixada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2018	21/05/2018	433	366,13

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	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	42531	14/05/2018
Anterl:	42098	Atual: /
Constante de Multiplicação:	1.000	Anterior: /
Consumo Médio:	433	Próxima Leitura: 14/06/2018
Consumo Faturado:	433	Emissão: 11/05/2018
	FCAM	Apresentação: 14/05/2018

Forma de Faturamento: NORMAL

Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse Ligado Novo Medidor Posto Código Faz. Média 12 meses

RESIDENCIAL

HISTÓRICO kWh	DESCRIPÇÃO DA CONTA
Médiano consumo	
ABR/18 402	CONSUMO 433 A R\$ 0,820875 = 355,43
MAR/18 471	CONTR. ILUMINAÇÃO PBL (COSIP) 29,02
FEV/18 493	PARCELAMENTO DE DÉBITOS 35/36 421,68
JAN/18 512	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 1,93
DEZ/17 520	
NOV/17 592	
OUT/17 492	
SET/17 554	
AGO/17 449	
JUL/17 209	
TARIFA GEN TRIBUTOS: 8 R 433 - 0,556806	

#### MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO 453C, 6285.6/57.88FD.992F.1285.EC36.5580

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
69,03	355,43
Distribuição: 131,29	Base de Cálculo: 27,00%
Energia: 20,65	Alíquota ICMS: 95,96
Transmissão: 20,92	Valor do ICMS: 3,12
Encargos: 113,54	Valor do PIS: 14,46
Trânsitos:	Valor do COFINS:

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

	Mês	Ano	Mês	Ano	Mês	Ano
	5,19	10,39	20,77	3,36	6,73	13,45
	0,00			0,00		0,00

TERESINA-HOCKEY

ROT: 9.001.75.40.483000

Eletrobras  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.749/0001-89 | Ins. Estadual PI 301 10.5-5

SEU CÓDIGO  
0876167-1

TOTAL A PAGAR - R\$  
366,13

MES FATURADO

05/2018

VENCIMENTO

21/05/2018

Nº da Nota Fiscal: 005730055 FCAM

83640000008 6 06130017000 0 00000000876 3 16710518008 4



SEQ.: 00202 UC: 0876167-1 DT.LEIT.: 14/05/2018 T.ENTR.: 09  
LEITURA: 42531 NORMAL TOTAL: 366,13 CARGA: 013  
DT.VFNC.: 21/05/2018 IRREG.: 000 COLTOR: 2041

<b>Santander</b>		<b>033-7</b>	03399.52590 07084.613194 27001.801011 2 76510000000600			
Local de Pagamento: <b>Pagável em Qualquer Banco Até o vencimento</b>						Vencimento <b>18/09/2018</b>
Beneficiário: <b>Indaiá/SC-</b> CNPJ: <b>01.894.432/0004-07</b>						Agência/Cód. Beneficiário <b>3059/5259070</b>
Data Documento <b>13/09/2018</b>	Num. Doc. <b>1319270</b>	Esp. Doc. <b>DS</b>	Aceite <b>N</b>	Data Processamento <b>13/09/2018</b>	Nosso Número <b>8461319270018</b>	
Nº da Conta/Resp	Carteira <b>101</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	Valor do Documento	R\$ <b>6,00</b>
Instruções: Não aceitar o pagamento após o vencimento Observação: 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 - CPP: 054.076.243-11						Autenticação Mecânica



<b>Santander</b>		<b>033-7</b>	03399.52590 07084.613194 27001.801011 2 76510000000600			
Local de Pagamento: <b>Pagável em Qualquer Banco Até o vencimento</b>						Vencimento <b>18/09/2018</b>
Beneficiário: <b>Indaiá/SC-</b> CNPJ: <b>01.894.432/0004-07</b>						Agência/Cód. Beneficiário <b>3059/5259070</b>
Data Documento <b>13/09/2018</b>	Num. Doc. <b>1319270</b>	Esp. Doc. <b>DS</b>	Aceite <b>N</b>	Data Processamento <b>13/09/2018</b>	Nosso Número <b>8461319270018</b>	
Nº da Conta/Resp	Carteira <b>101</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	Valor do Documento	R\$ <b>6,00</b>
Instruções: Não aceitar o pagamento após o vencimento Observação: 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 - CPP: 054.076.243-11						Autenticação Mecânica



**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

Autenticação Mecânica

26 NOV 2018

**DPVAT**



Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0876167-

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Macapá 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.342/0001-99 | Ins. Estadual: 19301.383-8  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série: B-1  
Regime Especial de Preços credenciado autorizado pelo SICRA/06/98

Nº da Nota Fiscal 0123026000

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TEEPI entra  
vigor a partir de 10/10/2018, de acordo  
com o Edital nº 101, de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2018	07/11/2018	604	587,18

FIZETE CHAVES DE SOUZA  
R. MACAPÁ 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 Atual:	604	Entrega:	21/10/2018
Consumo Faturado:	604	Apresentação:	30/10/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classo/Sub-Classe	Unidade	Número Medidor	Resid.	Edifício	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A788234	1.1.1.1		0
HISTÓRICO KWH					DESCRIÇÃO DA CONTA
Set/18	0	CONSUMO	604 A R\$ 0,895870 =	541,10	
AGO/18	0	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		43,78	
DEZ/18	0	2A. VIA PFDILO CONSUM 05/15-00		2,28	
JUN/18	0	ADITIONAL BANDIRIA VFB/MFL/H4		30,17	
MAR/18	0				
ABR/18	0				
MAR/18	0				
FEV/18	0				
JAN/18	0				
DEZ/17	0				
RESID. 304 17-00712					
0 n. 100 - 6400-039					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO					
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100, 105, 110, 115, 120, 125, 130, 135, 140, 145, 150, 155, 160, 165, 170, 175, 180, 185, 190, 195, 200, 205, 210, 215, 220, 225, 230, 235, 240, 245, 250, 255, 260, 265, 270, 275, 280, 285, 290, 295, 300, 305, 310, 315, 320, 325, 330, 335, 340, 345, 350, 355, 360, 365, 370, 375, 380, 385, 390, 395, 400, 405, 410, 415, 420, 425, 430, 435, 440, 445, 450, 455, 460, 465, 470, 475, 480, 485, 490, 495, 500, 505, 510, 515, 520, 525, 530, 535, 540, 545, 550, 555, 560, 565, 570, 575, 580, 585, 590, 595, 600, 605, 610, 615, 620, 625, 630, 635, 640, 645, 650, 655, 660, 665, 670, 675, 680, 685, 690, 695, 700, 705, 710, 715, 720, 725, 730, 735, 740, 745, 750, 755, 760, 765, 770, 775, 780, 785, 790, 795, 800, 805, 810, 815, 820, 825, 830, 835, 840, 845, 850, 855, 860, 865, 870, 875, 880, 885, 890, 895, 900, 905, 910, 915, 920, 925, 930, 935, 940, 945, 950, 955, 960, 965, 970, 975, 980, 985, 990, 995, 1000, 1005, 1010, 1015, 1020, 1025, 1030, 1035, 1040, 1045, 1050, 1055, 1060, 1065, 1070, 1075, 1080, 1085, 1090, 1095, 1100, 1105, 1110, 1115, 1120, 1125, 1130, 1135, 1140, 1145, 1150, 1155, 1160, 1165, 1170, 1175, 1180, 1185, 1190, 1195, 1200, 1205, 1210, 1215, 1220, 1225, 1230, 1235, 1240, 1245, 1250, 1255, 1260, 1265, 1270, 1275, 1280, 1285, 1290, 1295, 1300, 1305, 1310, 1315, 1320, 1325, 1330, 1335, 1340, 1345, 1350, 1355, 1360, 1365, 1370, 1375, 1380, 1385, 1390, 1395, 1400, 1405, 1410, 1415, 1420, 1425, 1430, 1435, 1440, 1445, 1450, 1455, 1460, 1465, 1470, 1475, 1480, 1485, 1490, 1495, 1500, 1505, 1510, 1515, 1520, 1525, 1530, 1535, 1540, 1545, 1550, 1555, 1560, 1565, 1570, 1575, 1580, 1585, 1590, 1595, 1600, 1605, 1610, 1615, 1620, 1625, 1630, 1635, 1640, 1645, 1650, 1655, 1660, 1665, 1670, 1675, 1680, 1685, 1690, 1695, 1700, 1705, 1710, 1715, 1720, 1725, 1730, 1735, 1740, 1745, 1750, 1755, 1760, 1765, 1770, 1775, 1780, 1785, 1790, 1795, 1800, 1805, 1810, 1815, 1820, 1825, 1830, 1835, 1840, 1845, 1850, 1855, 1860, 1865, 1870, 1875, 1880, 1885, 1890, 1895, 1900, 1905, 1910, 1915, 1920, 1925, 1930, 1935, 1940, 1945, 1950, 1955, 1960, 1965, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015, 2020, 2025, 2030, 2035, 2040, 2045, 2050, 2055, 2060, 2065, 2070, 2075, 2080, 2085, 2090, 2095, 2100, 2105, 2110, 2115, 2120, 2125, 2130, 2135, 2140, 2145, 2150, 2155, 2160, 2165, 2170, 2175, 2180, 2185, 2190, 2195, 2200, 2205, 2210, 2215, 2220, 2225, 2230, 2235, 2240, 2245, 2250, 2255, 2260, 2265, 2270, 2275, 2280, 2285, 2290, 2295, 2300, 2305, 2310, 2315, 2320, 2325, 2330, 2335, 2340, 2345, 2350, 2355, 2360, 2365, 2370, 2375, 2380, 2385, 2390, 2395, 2400, 2405, 2410, 2415, 2420, 2425, 2430, 2435, 2440, 2445, 2450, 2455, 2460, 2465, 2470, 2475, 2480, 2485, 2490, 2495, 2500, 2505, 2510, 2515, 2520, 2525, 2530, 2535, 2540, 2545, 2550, 2555, 2560, 2565, 2570, 2575, 2580, 2585, 2590, 2595, 2600, 2605, 2610, 2615, 2620, 2625, 2630, 2635, 2640, 2645, 2650, 2655, 2660, 2665, 2670, 2675, 2680, 2685, 2690, 2695, 2700, 2705, 2710, 2715, 2720, 2725, 2730, 2735, 2740, 2745, 2750, 2755, 2760, 2765, 2770, 2775, 2780, 2785, 2790, 2795, 2800, 2805, 2810, 2815, 2820, 2825, 2830, 2835, 2840, 2845, 2850, 2855, 2860, 2865, 2870, 2875, 2880, 2885, 2890, 2895, 2900, 2905, 2910, 2915, 2920, 2925, 2930, 2935, 2940, 2945, 2950, 2955, 2960, 2965, 2970, 2975, 2980, 2985, 2990, 2995, 3000, 3005, 3010, 3015, 3020, 3025, 3030, 3035, 3040, 3045, 3050, 3055, 3060, 3065, 3070, 3075, 3080, 3085, 3090, 3095, 3100, 3105, 3110, 3115, 3120, 3125, 3130, 3135, 3140, 3145, 3150, 3155, 3160, 3165, 3170, 3175, 3180, 3185, 3190, 3195, 3200, 3205, 3210, 3215, 3220, 3225, 3230, 3235, 3240, 3245, 3250, 3255, 3260, 3265, 3270, 3275, 3280, 3285, 3290, 3295, 3300, 3305, 3310, 3315, 3320, 3325, 3330, 3335, 3340, 3345, 3350, 3355, 3360, 3365, 3370, 3375, 3380, 3385, 3390, 3395, 3400, 3405, 3410, 3415, 3420, 3425, 3430, 3435, 3440, 3445, 3450, 3455, 3460, 3465, 3470, 3475, 3480, 3485, 3490, 3495, 3500, 3505, 3510, 3515, 3520, 3525, 3530, 3535, 3540, 3545, 3550, 3555, 3560, 3565, 3570, 3575, 3580, 3585, 3590, 3595, 3600, 3605, 3610, 3615, 3620, 3625, 3630, 3635, 3640, 3645, 3650, 3655, 3660, 3665, 3670, 3675, 3680, 3685, 3690, 3695, 3700, 3705, 3710, 3715, 3720, 3725, 3730, 3735, 3740, 3745, 3750, 3755, 3760, 3765, 3770, 3775, 3780, 3785, 3790, 3795, 3800, 3805, 3810, 3815, 3820, 3825, 3830, 3835, 3840, 3845, 3850, 3855, 3860, 3865, 3870, 3875, 3880, 3885, 3890, 3895, 3900, 3905, 3910, 3915, 3920, 3925, 3930, 3935, 3940, 3945, 3950, 3955, 3960, 3965, 3970, 3975, 3980, 3985, 3990, 3995, 4000, 4005, 4010, 4015, 4020, 4025, 4030, 4035, 4040, 4045, 4050, 4055, 4060, 4065, 4070, 4075, 4080, 4085, 4090, 4095, 4100, 4105, 4110, 4115, 4120, 4125, 4130, 4135, 4140, 4145, 4150, 4155, 4160, 4165, 4170, 4175, 4180, 4185, 4190, 4195, 4200, 4205, 4210, 4215, 4220, 4225, 4230, 4235, 4240, 4245, 4250, 4255, 4260, 4265, 4270, 4275, 4280, 4285, 4290, 4295, 4300, 4305, 4310, 4315, 4320, 4325, 4330, 4335, 4340, 4345, 4350, 4355, 4360, 4365, 4370, 4375, 4380, 4385, 4390, 4395, 4400, 4405, 4410, 4415, 4420, 4425, 4430, 4435, 4440, 4445, 4450, 4455, 4460, 4465, 4470, 4475, 4480, 4485, 4490, 4495, 4500, 4505, 4510, 4515, 4520, 4525, 4530, 4535, 4540, 4545, 4550, 4555, 4560, 4565, 4570, 4575, 4580, 4585, 4590, 4595, 4600, 4605, 4610, 4615, 4620, 4625, 4630, 4635, 4640, 4645, 4650, 4655, 4660, 4665, 4670, 4675, 4680, 4685, 4690, 4695, 4700, 4705, 4710, 4715, 4720, 4725, 4730, 4735, 4740, 4745, 4750, 4755, 4760, 4765, 4770, 4775, 4780, 4785, 4790, 4795, 4800, 4805, 4810, 4815, 4820, 4825, 4830, 4835, 4840, 4845, 4850, 4855, 4860, 4865, 4870, 4875, 4880, 4885, 4890, 4895, 4900, 4905, 4910, 4915, 4920, 4925, 4930, 4935, 4940, 4945, 4950, 4955, 4960, 4965, 4970, 4975, 4980, 4985, 4990, 4995, 5000, 5005, 5010, 5015, 5020, 5025, 5030, 5035, 5040, 5045, 5050, 5055, 5060, 5065, 5070, 5075, 5080, 5085, 5090, 5095, 5100, 5105, 5110, 5115, 5120, 5125, 5130, 5135, 5140, 5145, 5150, 5155, 5160, 5165, 5170, 5175, 5180, 5185, 5190, 5195, 5200, 5205, 5210, 5215, 5220, 5225, 5230, 5235, 5240, 5245, 5250, 5255, 5260, 5265, 5270, 5275, 5280, 5285, 5290, 5295, 5300, 5305, 5310, 5315, 5320, 5325, 5330, 5335, 5340, 5345, 5350, 5355, 5360, 5365, 5370, 5375, 5380, 5385, 5390, 5395, 5400, 5405, 5410, 5415, 5420, 5425, 5430, 5435, 5440, 5445, 5450, 5455, 5460, 5465, 5470, 5475, 5480, 5485, 5490, 5495, 5500, 5505, 5510, 5515, 5520, 5525, 5530, 5535, 5540, 5545, 5550, 5555, 5560, 5565, 5570, 5575, 5580, 5585, 5590, 5595, 5600, 5605, 5610, 5615, 5620, 5625, 5630, 5635, 5640, 5645, 5650, 5655, 5660, 5665, 5670, 5675, 5680, 5685, 5690, 5695, 5700, 5705, 5710, 5715, 5720, 5725, 5730, 5735, 5740, 5745, 5750, 5755, 5760, 5765, 5770, 5775, 5780, 5785, 5790, 5795, 5800, 5805, 5810, 5815, 5820, 5825, 5830, 5835, 5840, 5845, 5850, 5855, 5860, 5865, 5870, 5875, 5880, 5885, 5890, 5895, 5900, 5905, 5910, 5915, 5920, 5925, 5930, 5935, 5940, 5945, 5950, 5955, 5960, 5965, 5970, 5975, 5980, 5985, 5990, 5995, 6000, 6005, 6010, 6015, 6020, 6025, 6030, 6035, 6040, 6045, 6050, 6055, 6060, 6065, 6070, 6075, 6080, 6085, 6090, 6095, 6100, 6105, 6110, 6115, 6120, 6125, 6130, 6135, 6140, 6145, 6150, 6155, 6160, 6165, 6170, 6175, 6180, 6185, 6190, 6195, 6200, 6205, 6210, 6215, 6220, 6225, 6230, 6235, 6240, 6245, 6250, 6255, 6260, 6265, 6270, 6275, 6280, 6285, 6290, 6295, 6300, 6305, 6310, 6315, 6320, 6325, 6330, 6335, 6340, 6345, 6350, 6355, 6360, 6365, 6370, 6375, 6380, 6385, 6390, 6395, 6400, 6405, 6410, 6415, 6420, 6425, 6430, 6435, 6440, 6445, 6450, 6455, 6460, 6465, 6470, 6475, 6480, 6485, 6490, 6495, 6500, 6505, 6510, 6515, 6520, 6525, 6530, 6535, 6540, 6545, 6550, 6555, 6560, 6565, 6570, 6575, 6580, 6585, 6590, 6595, 6600, 6605, 6610, 6615, 6620, 6625, 6630, 6635, 6640, 6645, 6650, 6655, 6660, 6665, 6670, 6675, 6680, 6685, 6690, 6695, 6700, 6705, 6710, 6715, 6720, 6725, 6730, 6735, 6740, 6745, 6750, 6755, 6760, 6765, 6770, 6775, 6780, 6785, 6790, 6795, 6800, 6805, 6810, 6815, 6820, 6825, 6830, 6835, 6840, 6845, 6850, 6855, 6860, 6865, 6870, 6875, 6880, 6885, 6890, 6895, 6900, 6905, 6910, 6915, 6920, 6925, 6930, 6935, 6940, 6945, 6950, 6955, 6960, 6965, 6970, 6975, 6980, 6985, 6990, 6995, 7000, 7005, 7010, 7015, 7020, 7025, 7030, 7035, 7040, 7045, 7050, 7055, 7060, 7065, 7070, 7075, 7080, 7085, 7090, 7095, 7100, 7105, 7110, 7115, 7120, 7125, 7130, 7135, 7140, 7145, 7150, 7155, 7160, 7165, 7170, 7175, 7180, 7185, 7190, 7195, 7200, 7205, 7210, 7215, 7220, 7225, 7230, 7235, 7240, 7245, 7250, 7255, 7260, 7265, 7270, 7275, 7280, 7285, 7290, 7295, 7300, 7305, 7310, 7315, 7320, 7325, 7330, 7335, 7340, 7345, 7350, 7355, 7360, 7365, 7370, 7375, 7380, 7385, 7390, 7395, 7400, 7405, 7410, 7415, 7420, 7425, 7430, 7435, 7440, 7445, 7450, 7455, 7460, 7465, 7470, 7475, 7480, 7485, 7490, 7495, 7500, 7505, 7510, 7515, 7520, 7525, 7530, 7535, 7540, 7545, 7550, 7555, 7560, 7565, 7570, 7575, 7580, 7585, 7590, 7595, 7600, 7605, 7610, 7615, 7620, 7625, 7630, 7635, 7640, 7645, 7650, 7655, 7660, 7665, 7670, 7675, 7680, 7685, 7690, 7695, 7700, 7705, 7710, 7715, 7720, 7725, 7730, 7735, 7740, 7745, 7750, 7755, 7760, 7765, 7770, 7775, 7780, 7785, 7790, 7795, 7800, 7805, 7810, 7815, 7820, 7825, 7830, 7835, 7840, 7845, 7850, 7855, 7860, 7865, 7870, 7875, 7880, 7885, 7890, 7895, 7900, 7905, 7910, 7915, 7920, 7925, 7930, 7935, 7940, 7945, 7950, 7955, 7960, 7965, 7970, 7975, 7980, 7985, 7990, 7995, 8000, 8005, 8010, 8015, 8020, 8025, 8030, 8035, 8040, 8045, 8050, 8055, 8060, 8065, 8070, 8075, 8080, 8085, 8090, 8095, 8100, 8105, 8110, 8115, 8120, 8125, 8130, 8135, 8140, 8145, 8150, 8155, 8160, 8165, 8170, 8175, 8180, 8185, 8190, 8195, 8200, 8205, 8210, 8215, 8220, 8225, 8230, 8235, 8240, 8245, 8250					

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de **identificação pessoal**, informações acerca da **profissão** e da **faixa de renda mensal**, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup>Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, reprimir, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriane por Fuso de Camille inscrito (a) no CPF/CNPJ 84438851300 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (at) do Beneficiário Daniel Willian de S. Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 054 046 243 11 do sinistro de DPVAT cobertura Finalidade da Vítima Daniel Willian de S. Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054 046 243 11, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua Moreira</u>	Número	<u>4001</u>	Complemento
Bairro	<u>Novo Horizonte</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Cidade	<u>Fernan</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(086) 9994-6666</u>	Telefone celular (DDD)
Email				

Fernan PE de 11 de 2018  
Local e Data

Adriane por Fuso de Camille  
Assinatura do Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de **identificação pessoal**, informações acerca da **profissão** e da **faixa de renda mensal**, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup>Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, reprimir, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriane por Fuso de Camille inscrito (a) no CPF/CNPJ 84438851300 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (at) do Beneficiário Daniel Willian de S. Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 054 046 243 11 do sinistro de DPVAT cobertura Finalidade da Vítima Daniel Willian de S. Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054 046 243 11, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua Moreira</u>	Número	<u>4001</u>	Complemento
Bairro	<u>Novo Horizonte</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Cidade	<u>Fernan</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(086) 9994-6666</u>	Telefone celular (DDD)
Email				

Fernan PE de 11 de 2018  
Local e Data

Adriane por Fuso de Camille  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Emanuel de Sousa Silva,

RG nº 1595 867, data de expedição 21/07/2017.

Órgão SST-PI, portador do CPF nº 817 962 003 44 com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) A 108 lot 09 PG WALL Fazenda Z, 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 vítima Daniel William da Mota Rodrigues cujo(s) condutor era Daniel William da Mota Rodrigues.

Veículo: Motocicleta

Modelo: HONDA CG 150 FAN ESSE

Ano: 2013/2013

Placa: 0UB 2072

Chassi: 9C2KCJ6800R309433

Data do Acidente: 10/07/18

Local e Data: Teresina - PI 21/07/2018



Emanuel de Sousa Silva

Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVAT

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



TERENINA CARTÓRIO DE OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR - ANÁTHIA GONÇALVES DE SÁMPIO PEREIRA  
RUA LIZÂNDRO NOGUEIRA, 1233 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI  
Fone: (86) 3221-7888 • E-mail: [anathia@anathia.com.br](mailto:anathia@anathia.com.br)



RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EMANUEL DE SOUSA SILVA, DOL. FE. EM TEST. Flávia da Verda, TERESINA-PI, 21/09/2018. End.: Rua Dr. José da Cunha, 1000 Centro.  
TJ:0,74 Selo:0,26 Total:4,71 Selo:ABU 34928 (FBOP405)  
Flávia da Verda

Maria do Socorro de Carvalho de Sá - Escrevente Autorizada

Tabella

Escrevente autorizado

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Emanuel de Sousa Silva,

RG nº 1595 867, data de expedição 21/07/2017.

Órgão SST-PI, portador do CPF nº 817 962 003 44 com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) A 108 lot 09 PG WALL Fazenda Z, 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 vítima Daniel William da Mota Rodrigues cujo(s) condutor era Daniel William da Mota Rodrigues.

Veículo: Motocicleta

Modelo: HONDA CG 150 FAN ESSE

Ano: 2013/2013

Placa: 0UB 2072

Chassi: 9C2KCJ6800R309433

Data do Acidente: 10/07/18

Local e Data: Teresina - PI 21/07/2018



Emanuel de Sousa Silva

Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVAT

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



TERENINA CARTÓRIO DE OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR - ANÁTHIA GONÇALVES DE SÁMPIO PEREIRA  
RUA LIZÂNDRO NOGUEIRA, 1233 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI  
Fone: (86) 3221-7888 • E-mail: [anathia@anathia.com.br](mailto:anathia@anathia.com.br)



RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EMANUEL DE SOUSA SILVA, DOL. FE. EM TEST. Flávia da Verda, TERESINA-PI, 21/09/2018. End.: Rua Dr. José da Cunha, 1000 Centro.  
TJ:0,74 Selo:0,26 Total:4,71 Selo:ABU 34928 (FBOP405)  
Flávia da Verda

Maria do Socorro de Carvalho de Sá - Escrevente Autorizada

Tabella

Escrevente autorizado



NOME DO PACIENTE: Daniel William da Sfa Rodrigues

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 487290



SERVÍCIO 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 URGENCIA 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

NHEP 16:20  
04/09/18

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

User: LORENA

Inteiroto: ACCV1

### DADOS DO PACIENTE:

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. CODIPÉ - TERESINA	PT - CEP: 64000 010	
Nascimento: 23/11/1992	Idade: 25a9mild	Sexo: Masculino
Responsável: O MESMO		CNS: 890003995795937
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 VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S D S	
vid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Sim
		CID Secundário: 9209

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
QUEBAS	Fratura exposta	ORTOPEDISTA	Amarelo

### Prava História:

PACIENTE REGULADO HOSP. BUENOS AIRES COM RELATOS DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM MOTO. APRESENTANDO FRATURA EM PORÇÃO PRIXIMAL DA TIBIA ESQUERDA. NEGA ALÉRGIA MEDICAMENTOSA

Profissional Clas. Risco:

LORENA MAGALHÃES MARCELO

PJ CORRETOR DE SEGUROS

DATA: 04/09/18

10:21:49

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

PA: _____ mmHg	P脉: _____	RR: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:			

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RAIO-X REALIZADO

DATA: 04/09/18

Técnico: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / / ,

HORA: : .

Procedimento

CID

*Daniel William da Silva Rodrigues*  
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



## FICHA DE ANESTESIA

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

Nome:  
Procedimento:

Daniel William da Silva Rodrigues  
Osteosíntese de Tíbia anterior. Jamison

Sala:

Alergia:

Data:

10.09.2016

Observações:

Agente	Unid.	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Anestesia		15 mg											
2 Morfina		80 µg											
3 Cetotolna		2g											
4 Dipirona		2g											
5 Fentanil		0.1mg											
6 Dexametasona		4-7											
7 Ondansetrona		4-7											
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
120													
Volutil	%												
		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

## Acesso Vascular

- Periférico 20
- Cat. Venoso nº ... G
- Dificuldade aces. venoso
- Gastos \_\_\_\_ cateteres
- Central \_\_\_\_\_

## Via Aérea

- Cateter nasal
- IOT nº \_\_\_\_\_
- LMA nº \_\_\_\_\_

## Monitorizações

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

## Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raqui-anestesia
- Peridural
- Rinsulo Periférico
- Outros

Decúbito: Dorsal

SPO2 (%)

100 100 100 100 100 100

ETCO2 (mmHg)

50 50 50 50 50 50

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Dlurese

Dlurese

Perdas Sanguíneas

Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia:

Xo  
Dr. Jalpa Libório  
Anestesiologista  
CRM PI 6663

Anestesiologista



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLFTIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 10/04/2013

NOME DO PACIENTE:	<u>Daniel William da Silva Rodrigues</u>		
DIAGNÓSTICO:	PRONTUÁRIO Nº <u>487230</u>		
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	CIRURGIA:	<u>Int. cêng. frct. planas</u>
CIRURGÃO:	<u>Dr. Jamesson</u>	Nº DA SALA:	<u>05 - to tibial</u>
ORTOPEDISTA:	Ortopedia / Traumatologia		
AUXILIAR:	CRM-PB: 3678 / TEOT - 11094		
ANESTESIA:	CRM-PB: 3678 / TEOT - 11094		
INSTRUMENTADORA:	<u>claudânia</u>		

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>N-24</u>	<u>02</u>
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº	PAR	<u>710</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº	PAR	<u>715</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>04</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>80</u>		PVP DE GERMANTE	ML	<u>185</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVP TÓPICO	ML	<u>150</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>04</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>04</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>04</u>	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	UNID.	<u>300 ml</u>	<u>10,00</u>
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JEI.CO N°	UNID.			<u>Catéter ox</u>	UNID.		<u>25 NOV 2014</u>
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Elaids -</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Excavas -</u>	Dr. Jamesson	M. de L.	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Eupom -</u>	Ortopedia / Traumatologia		
CAT. GUT. CROMADO S/AG					CRM-PB: 3678 / TEOT -		
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2-0</u>							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>0</u>				CIRCULANTE:	<u>Solange matinha</u>		
PROLENE							



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Daniel William da Silva Rodrigues

Diagnóstico pré-operatório

Fr. Plaualto fisiol (P)

Operação - Tipo

TTO Crn

Cirurgião

Dr. Jamerson M. C. Júnior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI: 3878 / EOT: 1104

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Cláudiona Dr. Fausto

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

10.09.2018

Inicio

08:30

Fim

09:30

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVAT

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① Agentei em ddr lsl raiz da tarsa  
② fixos e presos fios de colscagin  
de curva Crn  
③ lucas póstero Medial ± 10cm  
em 2  
④ envolto por plavz  
⑤ elevado da Frx da Espinhe +  
Plata medial + Osteosintese  
consplacem c + Parafus  
⑥ cosseis hilo

CRM-PI: 3878 / EOT: 1104

Mod. 76 HUT





**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**COMPROVANTE DE REGULACAO**

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

## DADOS CLÍNICOS

**HISTÓRIA CLÍNICA:**

PACIENTE APRESENTA AO RX, FISSURA/PRATURA EM POÇÃO PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA, APÓS ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HOJE, SEM SINAIS DE TCE. GLASGOW 15.

## **PROVAS DIAGNÓSTICAS**

**EXAMES SOLICITADOS:**

128

**DIAGNÓSTICO (CID):** FRACTURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

#### **COMPRAVIDADE:**

PRESSÃO ARTERIAL: 130x80/mmHg | FREQ. CARDÍACA: 72/min | SATURAÇÃO: 99% | FREQ. RESPIRATÓRIA: 18/min

GLICEMIA: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15 USO DE O2:

#### **USO DE ROGAS VASOATIVAS:**

## USO ANTIBIÓTICOS:

#### **USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:**

~~PJ CORRETO DE SEGURANÇA~~

26 NOV 2018

DATA: 04/09/2018 09:09:40

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

**DPVPA**



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DE TERESINA - HET  
Rua Dr. Otto Tito 1920 - Edifício - Fone: 85 2212 8462  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 08.322.517/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES** (Fronteiro: 467238)  
 Endereço: QD #7 C/S 24 - SANTA MA. CGD/PI - TERESINA - PI CEP: 64200-010  
 Nascimento: 23/11/1992 Idade: 25 Anos 19d Sexo: Masculino Ordem: URGÊNCIA/EMERG Atendente: 662569  
 Requisição: 870430 Solicitado: 04/09/2016 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 1077763 Convenio: SUS

### 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 de volume do pântano moles.

(Assinatura Auscultos)

TERESINA - PI 12/11/2010

CARLOS AUGUSTO MOURA FE  
 CRM: 133.903/75-68 CRM PI 1541  
 Profissional Responsável

Assinatura de Carlos Augusto Moura

PA CORRETORA  
DE SEGUROS

26 NOV 2010

DPVAT

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Edanagão - Fone: 86 3216 3446  
 TERESINA-PI CEP: 64017-370 CNPJ: 05.522.817/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES** (Prontuário: 487290)

Endereço: 00 47 06 24 - SANTA MAR COOPI - TERESINA - PI CEP: 64000-070

Nascimento: 26/11/1992 Idade: 26 Anos Sexo: Masculino Objeto: INTERNAÇÃO Atendimento: 222127

Regulação: 872457 Solicitação: 10/09/2010 Solicitante: ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA

Controle: 1088514 Convênio: S U S Clínica: CLINICA ORTOPEDICA - PII ENFERMAGIA 233 LEITO 237

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0294060125

Data Exame: 10/09/2010

### 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 da porosidade.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(Assinatura do Relatório)

TERESINA - PI 12/10/2010

**CARLOS AUGUSTO MOURA PE**

CPF: 100.803.176-99 CRM PI 1341  
 Profissional Responsável

OPVAT CORRETORA  
 DE SEGUROS

26 NOV 2010

OPVAT

Aut. Seguro  
 Corretora de Seguros  
 OPVAT

**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 OSTEOSINTSE 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

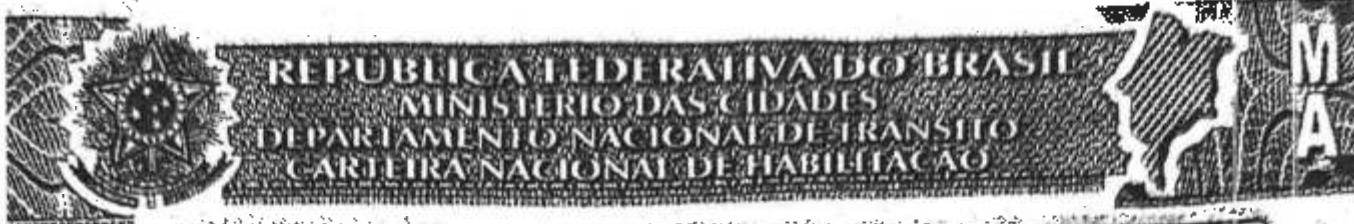
Dr. Edmar de Souza Lima Junior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294  
TEOT - 8054

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



Teresina 27 de Março de 2019





VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1526202590

VALIS

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 SANTOS RODRIGUES  
VERA LUCIA DA SILVA PAULINO RODRIGUES

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
AD

Nº REGISTRO  
06130003900

VALIDADE  
13/09/2022 1ª HABILITAÇÃO  
25/07/2014

OBSERVAÇÕES

EAR;

PF CORRETORA  
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVA

Daniel William da Silva Rodrigues

ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1526202590

LOCAL

SAO LUIS, MA

DATA EMISSÃO  
24/11/2017

Larissa Abdalla Góes  
ASSINATURA DO EMISSOR

42217124060  
MA036191515

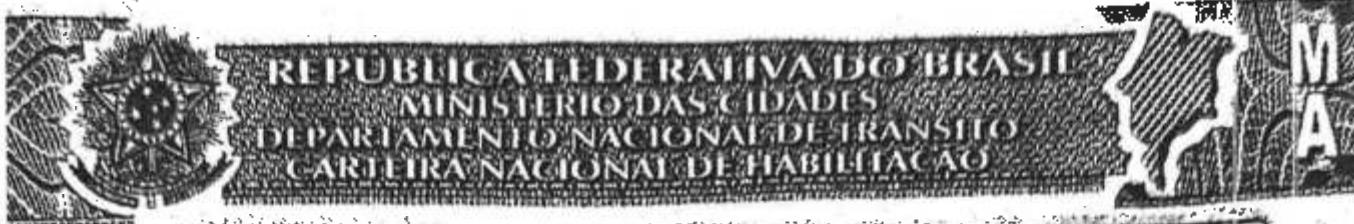
MARANHÃO



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

26 NOV 2019

DEVOLVIDA



VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1526202590

VALIS

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 SANTOS RODRIGUES  
VERA LUCIA DA SILVA PAULINO RODRIGUES

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
AD

Nº REGISTRO  
06130003900

VALIDADE  
13/09/2022 1ª HABILITAÇÃO  
25/07/2014

OBSERVAÇÕES

EAR;

PF CORRETORA  
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1526202590

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SAO LUIS, MA

DATA EMISSÃO

24/11/2017

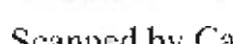
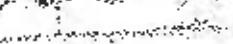
Larissa Abdalla Góes

ASSINATURA DO EMISSOR

42217124060

MA036191515

MARANHÃO



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

09 JAN 2019

DPVAT



ETORA  
IROS

19



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENTRAN

**DETAN - PI** N° 013156864250  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO**

VIA 1	CÓD. RENAVAM 00513170642	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO 2018
NOME EMANOEL DE SOUSA SILVA			
***** *****			
CPF / CNPJ 81796200344		PLÁC. GUB-2072	
PLACA ANT. / UF. OUB-2072		CHASSI 9C2KC1680DR309433	
ESPECIE / TIPO PAS / MOTOCICLETA / NENHUMA		COMBUSTÍVEL ALCOOL/GÁS	
MARA / MODELO HONDA / CG150 FAN ESDI		ANO FAB. 2013	ANO MOD. 2013
CAP / PÓT / CIL. 02P/0149CC		CATEGORIA ALUGUEL	COR PREDOMINANTE AMARELA
I P V A	FAIXA IPVA.	VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA	VENC / COTAS 2º PAGO 3º PAGO
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURADO PAGO		PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEM RESTRIÇÕES - OBSERVAÇÕES			
TERESINA - LOCAL		DATA 22/02/2018	

*Assinatura do Agente de Registro e Licenciamento do DETRAN-PI*

*Assinatura do Escrivão de Notas*

*Assinatura do Cartório de Notas de São Luís*

*Assinatura do Diretor do DETRAN-PI*

Cartório Thomastecles Sampaio  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Márcia do Socorro de Carvalho de Souza  
Escrivente Autorizada  
Teresina - PI



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

PI N° 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO  
2018 DATA EMISSÃO  
22/02/2018

VIA  
1  
RENAVAM  
00513170642  
MARA / MODELO  
HONDA / CG150 FAN ESDI

ANO FAB.  
2013 CAT. TIRADA  
09 N° CHASSI  
9C2KC1680DR309433

PRÉMIO TARIFÁRIO  
000,00 PREMIO TOTAL (R\$) 000,00 PREMIO DE SEGURO (R\$) 000,00

VALOR DO BILHETE (R\$) 000,00 VALOR DA COBERTURA (R\$) 185,50

PAGAMENTO  
X COTA UNICA PARCELADO DATA DE PAGAMENTO  
14/02/2018

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.246.606/0001-04

TERESA CARÓLIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR - ANITAIA GONÇALVES DE SÁMPAO PEREIRA  
RUA LUIZANDRO NOGUEIRA, 1220 CENTRO - CEP. 64000-200 - TERESINA - PI  
Fone: (86) 3221-7886 - Email: [anitaia@cartorioamps.com.br](mailto:anitaia@cartorioamps.com.br)

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

Fazendo o Socorro de Carvalho de Sá - Escrivente Autorizada  
Elo: 1,39 TJ:0,48 Selos:0,26 Total:3,13 Selos ABN-48657 (F00405)

Escrivente autorizado

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENTRAN

**DETAN - PI** N° 013156864250  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO**

VIA 1	CÓD. RENAVAM 00513170642	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO 2018
NOME EMANOEL DE SOUSA SILVA			
***** *****			
CPF / CNPJ 81796200344		PLACA GUB-2072	
PLACA ANTOU OUB-2072		CHASSI 9C2KC1680DR309433	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NEUTRUMA		COMBUSTÍVEL ALCOOL/GÁS	
MARA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI		ANO FAB. 2013	ANO MOD. 2013
CAP / PÓT / CIL 02P/0149CC		CATEGORIA ALUGUEL	COR PREDOMINANTE AMARELA
I P V A	COTA ÚNICA FAIXA IPVA.	VENC. COTA ÚNICA PAGAMENTO / COTAS	VENC / COTAS 1º IPVA 2º PAGO 3º PAGO
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURADO PAGO		PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEM RESTRIÇÕES - OBSERVAÇÕES			
TERESINA - LOCAL		DATA 22/02/2018	

*Assinatura do Agente de Trânsito*  
Agente de Trânsito do Município de Teresina  
DIRETOR GERAL DO DETRAN PI



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

PI N° 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO  
2018 DATA EMISSÃO  
22/02/2018

VIA  
1  
RENAVAM  
00513170642

MARA / MODELO  
HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB.  
2013 CAT. TIRADA  
09 N° CHASSI  
9C2KC1680DR309433

PRÉMIO TARIFÁRIO

000,00 PREMIO (R\$) 000,00 PREMIO DE SEGURO (R\$) 000,00

000,00 PREMIO (R\$) 000,00 PREMIO DE SEGURO (R\$) 185,50

PAGAMENTO X COTA UNICA PARCELADO DATA DE PAGAMENTO  
14/02/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.606/0001-04

TERESA CARÓLIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR - ANITAIA GONÇALVES DE SÁMPAO PEREIRA  
RUA LINDOLFO NOGUEIRA, 1220 CENTRO - CEP. 64000-200 - TERESINA - PI  
Fone: (86) 3221-7886 - Email: [anitaia@carolidesampaio.com.br](mailto:anitaia@carolidesampaio.com.br)

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

Fazenda do Socorro de Carvalho de Sá - Escrivente Autorizada  
Elo: 1,39 TJ:0,48 Selos:0,26 Total:3,13 Selos ABP-48657 (FB01405)

Escrivente autorizado

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVAT

Carta de solicitação de exoneração

SI 8190021155

Venho em meu direito corte pedir a sua  
respetada empresa e seu anelista, que por favor  
me ouvam presencialmente por motivo de sua  
permisão Metas, pois fui tratado no sentido patrônio  
e tenho forte sequelar, pois fiquei com sequelas  
permanentes, com dificuldade do caminhar e  
com enxaquecos muitos ao me locomover,  
agradecendo a compreensão de todos.

Fernando P. 25/04/2019

Ass: Daniel William da Silveira 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

**Valorização 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

**Valorização 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".

# 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

**Valorização 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## **PROCURAÇÃO PARTICULAR**

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: <u>Ronal Willians de oliveira Rodrigues</u> Nacionalidade: <u>Branileiro</u> Estado Civil: <u>Casado</u> Profissão: <u>Moto taxi</u> RG: <u>3.734.066</u> Org. emissor <u>SSP-ES</u> D. Expedição <u>24/11/2014</u> CPF: <u>054.076.243-1</u> Endereço: <u>R. Prof. Henrique da Cruz</u> N° <u>15</u> Bairro: <u>Brasil II</u> Cidade: <u>Fernando</u> Estado: <u>ES</u> CEP: <u>64.032-010</u>			

OUTORGADO: (Dados do procurador)					
Nome: <u>Eduardo José Juno de Camargo</u> Nacionalidade: <u>Brasileiro</u> Estado Civil: <u>Casado</u> Profissão: <u>Automotor</u> RG: <u>1968 901</u> Org. emissor <u>SSB-PR</u> D. Expedição <u>16/12/2018</u> CPF: <u>8443885130</u> Endereço: <u>R. Júlio César N° 4</u> Nº <u>1001</u> Bairro: <u>Novo Horizonte</u> Cidade: <u>Teresina</u> Estado: <u>PR</u> CEP: <u>64.080-150</u>					

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representá-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: 04/09/2018

Local / data: 1 de setembro de 2018

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

26 NOV 2018

**3º OFICIO**

Zénil William da Silva Rodrigues

PPVAT

**Assinatura do Outorgante (Beneficiário)**



## **PROCURAÇÃO PARTICULAR**

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: <u>Ronal Willians de oliveira Rodrigues</u> Nacionalidade: <u>Branileiro</u> Estado Civil: <u>Casado</u> Profissão: <u>Moto taxi</u> RG: <u>3.734.066</u> Org. emissor <u>SSP-ES</u> D. Expedição <u>24/11/2014</u> CPF: <u>054.076.243-1</u> Endereço: <u>R. Prof. Henrique da Cruz</u> N° <u>15</u> Bairro: <u>Brasil II</u> Cidade: <u>Fernando</u> Estado: <u>ES</u> CEP: <u>64.032-010</u>			

OUTORGADO: (Dados do procurador)					
Nome: <u>Eduardo José Juno de Camargo</u> Nacionalidade: <u>Brasileiro</u> Estado Civil: <u>Casado</u> Profissão: <u>Automotor</u> RG: <u>1968 901</u> Org. emissor <u>SSB-PR</u> D. Expedição <u>16/12/2018</u> CPF: <u>8443885130</u> Endereço: <u>R. Júlio César N° 4</u> Nº <u>1001</u> Bairro: <u>Novo Horizonte</u> Cidade: <u>Teresina</u> Estado: <u>PR</u> CEP: <u>64.080-150</u>					

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representá-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: 04/09/2018

Local / data: 1 de setembro de 2018

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

26 NOV 2018

**3º OFICIO**

Zénil William da Silva Rodrigues

PPVAT

**Assinatura do Outorgante (Beneficiário)**



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008614/19

**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

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

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

**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

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

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 médica-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 29/04/2019

Nome: EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO  
CPF: 844.388.513-00

Data do cadastramento: 29/04/2019

Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

Rio de Janeiro, 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.

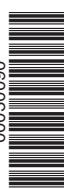
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Número de identificação ou ASL:

CPF da vítima:

054 076 243 / / Daniel William do S. Rodrigues

Nome completo da vítima:

Nome completo: Daniel William do S. Rodrigues

Profissão: Revisor

Endereço:

2º PROFº Maria da Ley

CPF: 054 076 243 / /

Número: 0046 Complemento: C 015

Bairro: Vargem Branca

Cidade: Teresópolis

E-mail:

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

## DADOS CADASTRAIS

## RENDIMENTO MENSAL:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA       | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

- CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

- CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3834 CONTA: 2570 T

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sempre após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de cobertura do Seguro DPVAT (ou invalidez permanente, uma vez que fassinalar uma das opções):

CORRETORA  
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVAT

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 da utilização das perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/94, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

## MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado/Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_Grau 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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, evitando assim, óbito, de que qualquer omissão ou deslução não vedada poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 269 do Código Penal.

Local e Data: Nome: CPF:	<i>Fernando - PE 09/11/2018</i>
--------------------------------	---------------------------------

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SCU RODO, 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.