

Seuradora

Seguredora

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180020652 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS **Data do acidente:** 25/09/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura no polegar direito.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico, vítima apresenta discreta redução da força muscular e dos movimentos articulares do polegar direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, imobilização com uso de aparelho gessado. Realizou fisioterapia. Recebeu alta definitiva do tratamento médico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º quirodáctilo direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Mauro Ricardo Ramos Bilibio

CRM do médico: 6373

UF do CRM do médico: MA

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180020652**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS**

Endereço do(a) Examinado(a):

LOCALIDADE ANGICAL, SN - ZONA RURAL - Barras - PI - CEP 64100-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1.931.947**

Data e local do acidente: [**25/09/2017**]

Zona rural, no povoado Barreiro, no município de Barras (PI).

Data e local do exame: [**04/05/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura no polegar direito.

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

Tratamento conservador, imobilização com uso de aparelho gessado. Realizou fisioterapia. Recebeu alta definitiva do tratamento médico.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico, vítima apresenta discreta redução da força muscular e dos movimentos articulares do polegar direito.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do 1º quirodáctilo direito

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

1º quirodático direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Mauro Ricardo Ramos Bilibio - CRM: 6373 - MA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180020652 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS **Data do acidente:** 25/09/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de mão direita

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180020652 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS **Data do acidente:** 25/09/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Contusão em mão direita

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Apresentar relatório médico com descrição do diagnóstico, tratamento realizado e sequelas existentes.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS

Nº Sinistro: 3180020652

Vítima: MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS

Data do Acidente: 25/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDREIA FERREIRA DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180020652**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12224937



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS
Nº Sinistro: 3180020652
Vitima: MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS
Data do Acidente: 25/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANDREIA FERREIRA DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180020652**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS**

Sinistro: **3180020652**

Vítima: **MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS**

Data do Acidente: **25/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANDREIA FERREIRA DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180020652** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Carta nº: 12813819

A/C: MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS

Nº Sinistro: 3180020652
Vítima: MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS
Data do Acidente: 25/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANDREIA FERREIRA DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS

Valor: R\$ 337,50

Banco: 001

Agência: 000002844-4

Conta: 000010021285-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

661.252.193-72

Nome completo da vítima

MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRAS		CPF titular da conta 661.252.193-72	Profissão LADEADORA
Endereço LOCALIDADE ANGICAL		Número 512	Complemento CASA
Bairro RURAL	Cidade BARROS	Estado PELUF	CEP 641.100-000
Email		Telefone (DDD) 186/99523-8455	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

2844

(Informar dígito se existir)

D/V

4

CONTA

NRO.

21-285

(Informar dígito se existir)

D/V

7

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

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

BARROS - PE, 05 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data

União

05 JAN, 2018

Seguradora

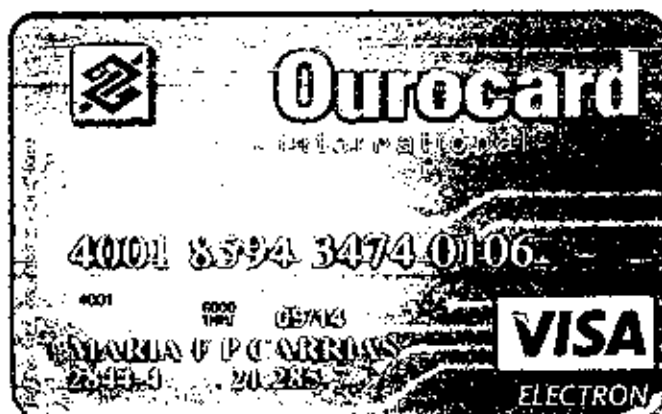
Maria Francisca de Paula Carras

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Autorização de pagamento

Representante Legal







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.002392/2017-04

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Eduardo Silveira Costa

Data/Hora: 16/11/2017 - 11:14

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE BARRAS

25/09/2017 - 17:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

Bairro

BARRAS

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

LOCALIDADE BARREIRO, ENTRE BARRAS E MIGUEL ALVES, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1931947

Endereço: LOCALIDADE ANGICAL, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: BARRAS

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA 125 FAN

2011 NIV8542

9C2JC4110BR337383

322446171

Vermelha

Condutor: MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS

RG: 1931947 Órgão: UF RG:

End: LOCALIDADE ANGICAL Número: Complemento:

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: BERNARDO RODRIGUES DOS SANTOS

Cidade: BARRAS UF: Bairro:

Boletim de ocorrência



RELATO DA OCORRÊNCIA

A noticiante compareceu a esta delegacia para informar que na data e horário citados estava conduzindo a motocicleta descrita acima em uma estrada de picarra, via rural, quando um cachorro entrou na frente da motocicleta e com a colisão a noticiante caiu no chão e se lesionou conforme consta em laudo medico; QUE foi levado por terceiro para o Hospital de Barras e ali recebeu atendimento. Era o que tinha a declarar.

Eduardo Silveira Costa - Mat. 2861763
AGENTE DE POLÍCIA

Maria Francisca de Paula Carrias
MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS - Noticiante
Responsável pela Informação

RENATO PINHEIRO
Delegado de Polícia Civil
Mat. 299.063-6
Delegado de Polícia



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 PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS

CPF da Vítima

661.252.193-72

Data do Acidente

25/09/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

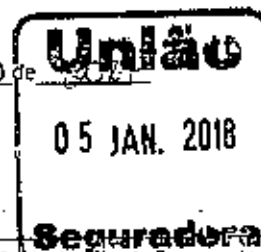
Declaração de Inexistência

BARRAS - RJ, 05 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data

Maria Francisca de Paula Carrias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS	
RX Tórax	
TRATAMENTO REALIZADO	
1. Hidratação com soro fisiológico	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	
CONSULTA BÁSICA	☐
AEROSOL	☐
DRENAGEM DE ABCESSO	☐
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	☐
PEQUENA CIRURGIA	☐
SUTURA SIMPLES	☐
TERAPIA MEDICAMENTOSA	☐
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO	☐
CURATIVO	☐
RETIRADA DE PONTO	☐
PRESSÃO ARTERIAL	☐
União 05 JAN. 2018 Seguradora	
DATA	05/01/2018
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	Maria Francisca de Paula Carras

Abstract

 GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS NELO - BARRAS - PI BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL E DE URGÊNCIA		 HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS NELO BARRAS - PI	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE: <u>Marcelo Francisco de Paula Carneiro</u>			
DATA DE NASCIMENTO: <u>03/09/77</u>	PROFISSÃO: <u>---</u>	SEXO: ☐ MASC ☒ FEM	FILIAÇÃO: <u>PAO. da Tenorio e filhos Carneiro</u> <u>Maria de Paula Carneiro</u>
ENDEREÇO: <u>Loc. Carneiro, 7 - Rural</u>			
MUNICÍPIO: <u>Barão</u>	ESTADO: <u>PI</u>	CEP: <u>64100-00</u>	
DADOS SOBRE ATENDIMENTO			
DATA DO ATENDIMENTO: <u>25/09/17</u>	HORA: <u>08:36</u>	MOTIVO DO ATENDIMENTO: <u>Edson Rodrigues</u> <u>COREN: PI519350</u>	
HISTÓRICO DO ATENDIMENTO: <u>Ref. exame diagnóstico de doença infecciosa por vírus</u> <u>herpes - herpes do tipo 1 e 2. Exame de urina e DM</u> <u>Exame de urina: presença de glóbulos brancos, proteínas, paracetamol.</u> <u>Exame de urina: presença de glóbulos brancos.</u>			

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02844-4

CONTA: 000010021285-9

Nr. da Autenticação 269EC468E5F21410

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Francisca de Paula Cavalcas

RG nº 1.931.947, data de expedição 30/06/97, Órgão SSP/PE,

CPF nº 661.252.193-77 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>LOCALIDADE ANGELO</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>RURAL</u>
Cidade	<u>BARRAS</u>
Estado	<u>PELUI</u>
CEP	<u>64.100-000</u>
Telefone de Contato	<u>1861 99523-8455</u>
E-mail	

Comprovante de residencia

Por ser verdade, firmo-me.



Local e Data: BARRAS-PE 05/12/17

Assinatura do Declarante: Maria Francisca de Paula Cavalcas



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANDRÉIA FERREIRA DA SILVA,

RG nº 3.730.268, data de expedição 26/04/12, Órgão SSP/PF,

CPF nº 065.379.943-81, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DA BEBIDA</u>
Número	<u>1475</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>RURAL</u>
Cidade	<u>SARRAÓ</u>
Estado	<u>PAUL</u>
CEP	<u>64.100-000</u>
Telefone de Contato	<u>186/ 99523-8455</u>
E-mail	

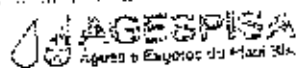
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SARRAÓ - PE 05/12/17

Assinatura do Declarante: ANDRÉIA FERREIRA DA SILVA

Comprovante de residência





Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.247/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

2798684-5	Hidrometro A121085038	OUT/2016
-----------	--------------------------	----------

Nome/Razão Social/Endereço ANDREIA FERREIRA DA SILVA RUA DA BIBLIA, ASA QUE FICA N FUNDO VILA ESPERANCA BARRAS 64100000		AG= 148
---	--	---------

Situação Agua/Esgoto 3/1	Rel. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.	Inscrição 12 1 05 0233 0385-000
02/09/2016		04/10/2016	32

Histórico de Consumo				Forma de Faturamento FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO	
Mês	Consumo	Consumo	Consumo	Cod. Responsável	Cod. de Tarifa
04/16	700	6	0	028626071	03
05/16	708	8	0		
06/16	717	9	0		
07/16	725	8	0		
08/16	732	9	0		
09/16	741	9	0		
10/16	750	9	0		

Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)
AGUA		11,30
MANUTENCAO HIDROMETRO		1,60

15/10/2016 12,90

AVISO DE DEBITO! CONTAS: 2 VALOR: R\$23,90
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Cálcio	Esch. Alúmina	Esch. Sílica
Valor Máximo Permitido	10	15	5,0	8,0-9,5	0,5	Amarelo	Amarelo	
Máximo de Ametrias Toluidas								
Máximo de Ametrias Realizadas								
Máximo de Ametrias que Acenda Sinalização								
Valor Médio	1.37	3.29	0.67	5.64	0.47	0.00	0.00	0.00
Conclusão: PRESENTE A QUALIDADE DE AGUA, LIGAS OS RESERVATÓRIOS SENSIBILIZANTE.								
Mensagem: ELEITOR: EM 2 DE OUTUBRO, VOTE LIMPO, VOTE CONSCIENTE								

Inscrição 12 1 05 0233 0385-000		AG= 148
Matrícula 2798684-5		OUT/2016
VENIMENTO		TOTAL A PAGAR (R\$)

15/10/2016 12,90

12900001872-3 79868451020-8 16000000001-0



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

INFORMAÇÕES 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANDRÉIA FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF 065.379.943 / 81 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA FRANCISCA DE PAULA CARREAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 661.252.193/72 do sinistro de DPVAT cobertura FUNILFEZ da Vítima MARIA FRANCISCA DE PAULA CARREAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 661.252.193/72 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Declaracao Circular SUSEP _____

☒ Recuso informar



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

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

Endereço <u>RUA DA BOLEIA</u>		Número <u>1476</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>URBANO</u>	Cidade <u>BARRAS</u>	Estado	CEP <u>64.100-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>786199523-8455</u>

BARRAS-PE de 05 de DEZEMBRO de 2017
Local e Data

ANDRÉIA FERREIRA DA SILVA
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, BERNARDO RODRIGUES DOS SANTOS,
RG nº 2.266.490, data de expedição 28/08/01, Órgão SSP/PE,
portador do CPF nº 000.611.883-60, com domicílio na cidade de
BARRAS, no Estado de PE/PAUF,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) LOCALIDADE PASSARODU
_____, nº S/N, complemento CASA,
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima MARFA FRANCISCA
DE PAULA CARRIAS, cujo o condutor no momento do
acidente era MARFA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS

Veículo: HONDA/CG 125 FRANKS

Modelo: 2018

Ano: 2021

Placa: NIV- 8542

Chassi: 9C2JC 91108R337373

Data do Acidente: 25 / 09 / 17

Local e Data: BARRAS - PF 20/11/17

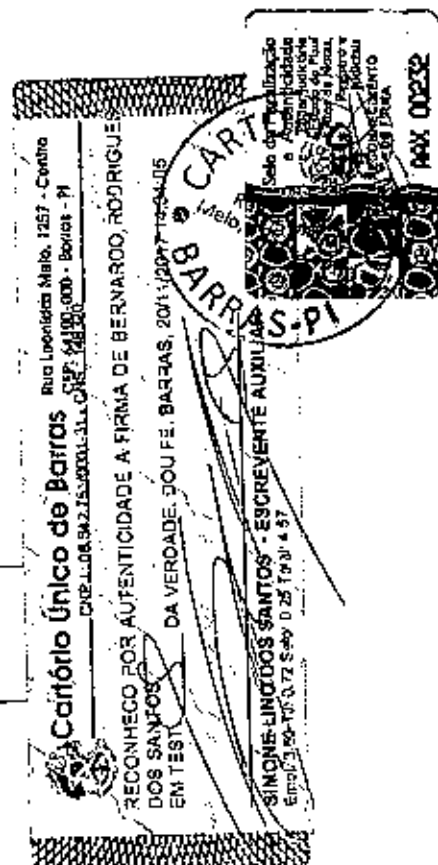
Bernardo Rodrigues dos Santos
(Assinatura do Declarante)

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

Declaracao do proprietario,



OBS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por **Sesquibanco**.



EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

KL 11.4.20

TRATAMENTO REALIZADO

11.4.20

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONSULTA BÁSICA	☐	CURATIVO	☐
AEROSOL	☐	RETIRADA DE PONTO	☐
DRENAGEM DE ACESSO	☐	PRESSÃO ARTERIAL	☐
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	☐		
PEQUENA CIRURGIA	☐		
SUTURA SIMPLES	☐		
TERAPIA MEDICAMENTOSA	☐		
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO	☐		

05 JAN. 2018

Segurança

ASSINATURA DO PACIENTE

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

RESPONSÁVEL

Maria Francisca de Paula Carrões

Documentação médica - hr



25.702.306869639067



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS NELO - BARRAS - PI
BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL E DE URGENCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Maria Francisca de Paula Carrões

DATA DE NASCIMENTO

PROFISSÃO

SEXO

MASC

FEM

03/09/77

FILIAÇÃO

PAI: Antonio e Luíza Carrões

MÃE: Maria de Paula Carrões

ENDEREÇO

Loc. Carrões, Z. Rural

MUNICÍPIO

ESTADO

CEP

Barras

PI

04100000

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO

HORA

25/09/17

08:36

Edson Rodrigues

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Edson Rodrigues

COREN: 1519.350

05-36

Por alata Anestesia em paciente em tratamento por doença da mão direita submetido por cirurgia

manutida - morar de 4 filhos, Luz, Lázaro, M. Maria, Mônica, Diferença, Diferença, PARACETAMOL, 415

último tratamento no DIAGNOSTICO

último tratamento no DIAGNOSTICO

último tratamento no DIAGNOSTICO

último tratamento no DIAGNOSTICO

último tratamento no DIAGNOSTICO

último tratamento no DIAGNOSTICO

último tratamento no DIAGNOSTICO

último tratamento no DIAGNOSTICO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1.931.947
DATA: 1954
UNIAO PAN-AMERICANA
A 8
LUN VINGO

05 JAN. 2018

Documentos de identificación

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS

Rg de Inscricao 681252193-72 Data de Nascimento 03/09/77



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validado e exigível por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.	Assinatura	<i>A. Moreira</i> <i>Secretaria de Via Cerebral</i>
UNICA FUNÇÃO DE PAULA CARLOS		

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 27/03/00



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL	1.931.947	DATA DE EMISSÃO	
NOME			
ENDEREÇO			
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
TODOS OS DADOS			
CITY			

[Signature]
ASSINATURA DO DETETOR

LEI N.º 7.113 DE 27-10-33



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS

Nº de Inscrição
681252193-72

Data do Nascimento
03/09/77



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

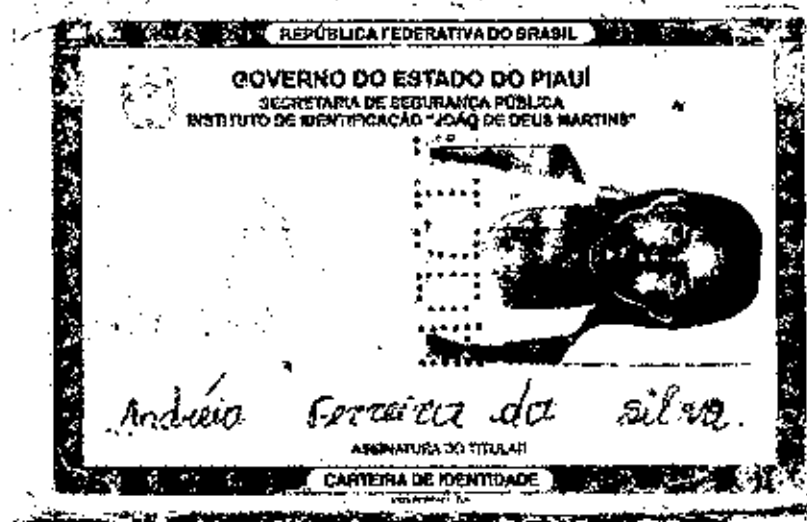
Assinatura
Maria Francisca de Paula Carrías
MARIA FRANCISCA DE PAULA CARRIAS

**S
E
R
V
I
D**

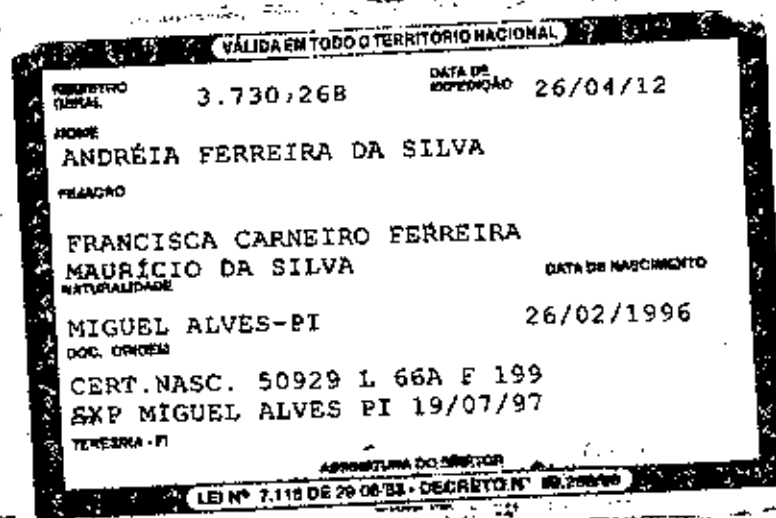
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 27/03/00





Documentos de identificação





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro da Pessoa Física

COMPROVANTE DE DISCRICÃO

Número
036.378.943-S1

Nome
ANDRÉIA FERREIRA DA SILVA

Nascimento
28/02/1988

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
10FA.7188.4831.E205

A autenticidade deste comprovante poderá
ser confirmada on-line, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Em 02/01/2018 às 14:03 (hora e data de emissão)
Código controlador: 03

