

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11462120

A/C: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170346886 ASL-0242313/17

Vitima: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

Data Acidente: 23/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **01/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2017

Carta nº: 11633801

A/C: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

**Sinistro:** 3170346886 ASL-0242313/17  
**Vítima:** SILVANA ALVES DE OLIVEIRA  
**Data Acidente:** 23/01/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARCIA VITAL DE LIMA

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11735049

A/C: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

Sinistro: 3170346886 ASL-0242313/17  
Vítima: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA  
Data Acidente: 23/01/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

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: **SILVANA ALVES DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000003828**

Conta: **0000014751-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 2.531,25 |

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = | R\$ | 2.531,25 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder - DPVAT



# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU Silvana Alves de Oliveira

PORTADOR(A) DO RG Nº 2502230 EXPEDIDO POR SSP/PS EM 27/01/15 E

CPF 041811413-713 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Do lar

E RENDA MENSAL DE R\$ 0 (\*\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Silvana Alves de Oliveira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2017, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo ou conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0328 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0014751-8

AP-013

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

Tererina 20 de junho de 2017 Silvana Alves de Oliveira  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguredotransito.com.br](http://www.dpvatseguredotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.074-0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de imposto instituído pela SFPIZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: 000703131

A TELA Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTAS MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| MAT/2017   | 25/05/2017 | 137           | 88,76               |

SEBASTIAO TORRES ARAGAO  
R. JOSE MARQUES DA ROCHA 2610 MENORARE  
CPF: 00006691641353

| DADOS DA LEITURA          | DADOS DE LEITURA |
|---------------------------|------------------|
| Antes:                    | Antes:           |
| Anterior:                 | 18/05/2017       |
| Consumo de Multiplicação: | 8037             |
| Consumo Medido:           | 1,000            |
| Consumo Estimado:         | 137              |
|                           | 18/05/2017       |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |
|------------------------------|
| Class/Subclasse              |
| Unidade                      |
| Número Medidor               |
| Posto                        |
| Código Pó                    |
| Módulo 12 meses              |

| RESUMO DA CONTA                | DESCRIÇÃO DA CONTA         |
|--------------------------------|----------------------------|
| Mês/ano consumo                |                            |
| ABR/17                         | 130                        |
| MAR/17                         | 145                        |
| FEV/17                         | 119                        |
| JAN/17                         | 127                        |
| DEZ/16                         | 158                        |
| NOV/16                         | 128                        |
| OUT/16                         | 56                         |
| SET/16                         | 75                         |
| AGO/16                         | 179                        |
| JUL/16                         | 0                          |
| TARIFA SEM TUBOS:              |                            |
| 0 A 137 - 8,45-282             |                            |
| CONSUMO                        | 137 A R\$ 0,593424 - 81,29 |
| CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | 7,47                       |
| ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -  | 4,10                       |

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano

Valor R\$

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/05/2017, de acordo com as regras previstas nesta lei. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e de reaviso de valor de R\$ 3.164,15 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

04/2017

83,28

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO: 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |
|---------------------------|-------------------------|
| Distribuição:             | Base de Cálculo:        |
| Energia:                  | Alíquota ICMS:          |
| Transmissão:              | Valor do ICMS:          |
| Encargos:                 | Valor do PIS:           |
| Tributos:                 | Valor do COFINS:        |
|                           |                         |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |      |       |      |      |       |      |  |
|-----------------------------|------|-------|------|------|-------|------|--|
|                             |      |       |      |      |       |      |  |
|                             |      |       |      |      |       |      |  |
| 4,95                        | 9,91 | 19,82 | 3,17 | 6,35 | 12,70 | 2,77 |  |
| 0,00                        |      |       | 0,00 |      |       | 0,00 |  |

TERESINA-MARQUES

03/2017

35,37

ROT: 12.001.36.09.129000

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

|              |                     |
|--------------|---------------------|
| SEU CÓDIGO   | TOTAL A PAGAR - R\$ |
| 0065430-2    | 88,76               |
| MÊS FATURADO | VENCIMENTO          |
| 05/2017      | 25/05/2017          |

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.074-0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 000703131 FCAM

83600000000 7 88760017000 5 00000000065 3 43020517008 6



SEQ.: 00265 UC: 0065430-2 DT. LEIT.: 18/05/2017 T. ENTR.: 03  
LEITURA: 8174 NORMAL TOTAL: 88,76 CARGA: 000  
DT. VENC.: 25/05/2017 IRREG.: 000 COLETOR: 1312



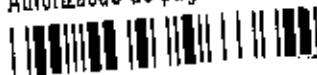


Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INI

Autorização de pagamento

/AT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Silvana Alves de OliveiraPORTADOR(A) DO RG Nº 2502210 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 27/01/15 ECPF 0918011713-73 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Do Lar

E RENDA MENSAL DE R\$ 8 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Silvana Alves de Oliveira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nestes casos não revoga-se a aceitação de proposta da abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3828 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 19751-8

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

Teresina, 07 de julho

LOCAL E DATA

de 2017Silvana Alves de Oliveira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**CAIXA**  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU  
DATA: 07/07/2017 HORA: 11:07:56  
TERMINAL: 20041019 CONTROLE: 200410190211

CONTA CREDITADA: 3028.013.00014751-8  
NOME: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000239/2017-99

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 19/05/2017 - 09:26

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável  
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Data/Hora  
23/01/2017 - 06:10

Tipo Local  
VIA PÚBLICA

Município  
TERESINA

Bairro  
CENTRO

Boletim de ocorrência

Endereço  
AV. MARANHÃO, Nº:  
Complemento

Ponto de Referência  
PONTE JOSÉ SARNEY (PONTE DA AMIZADE)



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA  
RG: 2.502.210 PI  
Mãe: MARIA SANTANA ALVES DE OLIVEIRA  
Pai: DOMINGOS ALVES DE OLIVEIRA  
Endereço: RUA JOSÉ MARQUES DA ROCHA, Nº 2610  
Bairro: MEMORARE  
Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE INFORMA QUE ESTAVA SENDO TRANSPORTADA COMO PASSAGEIRA NA MOTO HONDA/CG 125 I FAN, COR PRETA, ANO 2016, PLACA PSP-3059, RENAVAM 1091269685 DE PROPRIEDADE DE DARIO SANTANA DE SOUSA. TAMBÉM CONDUTOR DA MOTO, E ESTAVAM ATRAVESSANDO A PONTE JOSÉ SARNEY, SENTIDO TIMON/TERESINA, E AO ADENTRAR A AVENIDA MARANHÃO, COLIDIU COM A TRASEIRA DO VEÍCULO QUE SEGUIA À SUA FRENTE. DEVIDO A COLISÃO ENTRE OS VEÍCULOS A NOTICIANTE CAIU DA GARUPA DA MOTO, FICANDO LESIONADA, FOI SOCORRIDA POR PELO SENHOR DARIO SANTANA, CONDUZIDA AO HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES SOB BOLETIM DE ENTRADA Nº 348901E POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA UPA DO RENASCENÇA PRONTUÁRIO Nº 68921 E NOVAMENTE FOI TRANSFERIDA PARA O HPM (HOSPITAL DIRCEU ARCO VERDE) SOB PRONTUÁRIO Nº 205092.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092051  
AGENTE DE POLÍCIA

SILVANA ALVES DE OLIVEIRA - Notificante  
Responsável pela Informação





## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

|                                                                                 |                                 |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| Nome: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA                                                 |                                 | Prontuário: 68921      |
| Mãe: MARIA SANTANA ALVES DE OLIVEIRA                                            | Pai: DOMINGOS ALVES DE OLIVEIRA |                        |
| End. Resid.: RUA JOSE MARQUES DA ROCHA 4512 - MEMORARE - TERESINA - PI - CEP: - |                                 |                        |
| Nascimento: 22/09/1977                                                          | Idade: 39a:4m:1d                | Sexo: Feminino Fone: - |
| Responsável: O MESMO                                                            | CNS:                            |                        |
| Profissão:                                                                      | Documento: CPF: 041.811.413-73  |                        |
| G. Instrução: Não informado                                                     | E. Civil: Ignorado              |                        |
| End. Local:                                                                     |                                 |                        |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                 |                              |                 |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------|
| Código: 130223                                                  | Entrada: 23/01/2017 11:26:44 | Convênio: S U S |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÁNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR |                              |                 |

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                                                                                     |                  |                            |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------|---------|
| Sinal/Sintoma de Apresent:                                                                                                                          | Área Incidência: | Classificação:             | Cor:    |
| Intercorrência por Trauma                                                                                                                           | MMSSTT           | Fratura fechada sem desvio | Amarelo |
| Breve História Clas. Risco:<br>POTE TRAZIDA PELO SAMU DO HOSPITAL DE BUENOS AIRES COM FRATURA EM NIE, NÍVEL COMORTISTAS<br>E ALERGIA MEDICAMENTOSA. |                  |                            |         |

|                                                                                                  |                |                                |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------|------------------------------|
| SSVV:                                                                                            | (Hora: : )     | Ass. Profissional Clas. Risco: |                              |
| Peso: 0,00 Kg                                                                                    | Altura: 0,00 M | TMC: 0,00 Kg/m2                | Pulso: 0 bpm Pressão: 0 mmHg |
| DADOS CLÍNICOS:<br>TRAUMA EM JOELHO<br>RX COM FRATURA DE PLATO TIBIAL<br>TAIA E ENCAMINHO AO HPM |                |                                |                              |
| Diagnóstico Inicial:                                                                             |                |                                |                              |

## EXAMES COMPLEMENTARES:

## PRESCRIÇÃO MÉDICA:

## MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

|                                |           |         |
|--------------------------------|-----------|---------|
| ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE | DATA: / / | HORA: : |
|--------------------------------|-----------|---------|

Assinatura Paciente ou Responsável

ALBERTO BASTO HERNANDEZ



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

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000239/2017-99

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 19/05/2017 - 09:26

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MARANHÃO, Nº:

Complemento

Data/Hora

23/01/2017 - 06:10

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

PONTE JOSÉ SARNEY (PONTE DA AMIZADE)

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

RG: 2.502.210 PI

Mãe: MARIA SANTANA ALVES DE OLIVEIRA

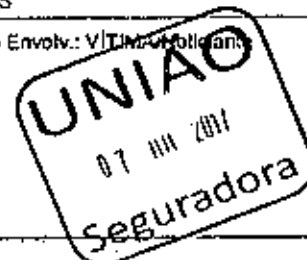
Pol: DOMINGOS ALVES DE OLIVEIRA

Endereço: RUA JOSE MARQUES DA ROCHA, Nº 2610

Bairro: MEMORARE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: Vítima/Policiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE INFORMA QUE ESTAVA SENDO TRANSPORTADA COMO PASSAGEIRA NA MOTO HONDA/CG 125 I FAN, COR PRETA, ANO 2016, PLACA PSP-3059, RENAVAM 1091269685 DE PROPRIEDADE DE DARIO SANTANA DE SOUSA, TAMBÉM CONDUTOR DA MOTO E ESTAVAM ATRAVESSANDO A PONTE JOSÉ SARNEY, SENTIDO TIMON/TERESINA, E AO ADENTRAR A AVENIDA MARANHÃO, COLIDIU COM A TRASEIRA DO VEÍCULO QUE SEGUIA À SUA FRENTE. DEVIDO A COLISÃO ENTRE OS VEÍCULOS A NOTICIANTE CAIU DA GARUPA DA MOTO, FICANDO LESIONADA, FOI SOCORRIDA POR PELO SENHOR DARIO SANTANA, CONDUZIDA AO HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES SOB BOLETIM DE ENTRADA Nº 348901E POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA UPA DO RENASCENÇA PRONTUÁRIO Nº 68921 E NOVAMENTE FOI TRANSFERIDA PARA O HPM (HOSPITAL DIRCEU ARCO VERDE) SOB PRONTUÁRIO Nº 205092.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092081  
AGENTE DE POLÍCIA

Silvana Alves de Oliveira  
SILVANA ALVES DE OLIVEIRA - Noticiante  
Responsável pela Informação





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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000239/2017-99**

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 19/05/2017 - 09:26

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MARANHÃO, Nº:

Complemento

Boletim de ocorrência



Bairro

CENTRO

Data/Hora

23/01/2017 - 06:10

Ponto de Referência

PONTE JOSÉ SARNEY (PONTE DA AMIZADE)

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

RG: 2.502.210 PI

Mãe: MARIA SANTANA ALVES DE OLIVEIRA

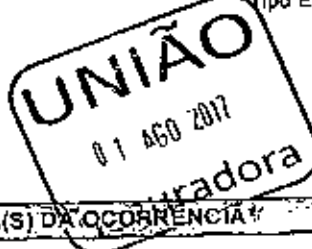
Pai: DOMINGOS ALVES DE OLIVEIRA

Endereço: RUA JOSE MARQUES DA ROCHA, Nº 2610

Bairro: MEMORARE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante



**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

A NOTICIANTE INFORMA QUE ESTAVA SENDO TRANSPORTADA COMO PASSAGEIRA NA MOTO HONDA/CG 125 I FAN, COR PRETA, ANO 2016, PLACA PSP-3059, RENAVAM 1091269685 DE PROPRIEDADE DE DARIO SANTANA DE SOUSA, TAMBÉM CONDUTOR DA MOTO, E ESTAVAM ATRAVESSANDO A PONTE JOSÉ SARNEY, SENTIDO TIMON/TERESINA, E AO ADENTRAR A AVENIDA MARANHÃO, COLIDIU COM A TRASEIRA DO VEÍCULO QUE SEGUIA À SUA FRENTE. DEVIDO À COLISÃO ENTRE OS VEÍCULOS A NOTICIANTE CAIU DA GARUPA DA MOTO, FICANDO LESIONADA, FOI SOCORRIDA POR PELO SENHOR DARIO SANTANA, CONDUZIDA AO HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES SOB BOLETIM DE ENTRADA Nº 348901E POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA UPA DO RENASCENÇA PRONTUÁRIO Nº 68921 E NOVAMENTE FOI TRANSFERIDA PARA O HPM (HOSPITAL DIRCEU ARCO VERDE) SOB PRONTUÁRIO Nº 205092.

Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat. 0095150  
AGENTE DE POLÍCIA

SILVANA ALVES DE OLIVEIRA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

AVERBAÇÃO B.O. 100255.000239/2017-99

O Sr. Dário Santana de Sousa, R.G. nº 3.239.350-PI, CPF 615.381.143-48, residente na Rua José Marques da Rocha, 2610-Memorare, compareceu a esta Especializada para declarar que conduzia a moto de sua propriedade, marca Honda/CG 125 I Fan, placa PSP-3059-MA, cor preta, renavam 1091269685, e que trafegava pela av. maranhão, sentido sul, quando colidiu na traseira de um automóvel, marca VW/Gol de placa não identificada, provocando a queda da vítima.(passageira da moto). Declarações do mesmo.

Teresina, 21/07/2017

Dário Santana de Sousa  
Dário Santana de Sousa

Averbante/conductor da moto

Haroldo Bonfim de Oliveira  
Haroldo Bonfim de Oliveira

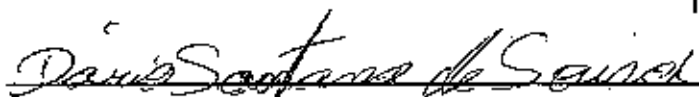
Ag. de Policia  
0095150



**AVERBAÇÃO B.O. 100255.000239/2017-99**

O Sr. Dário Santana de Sousa, R.G. nº 3.239.350-PI, CPF 615.381.143-48, residente na Rua Jose Marques da Rocha, 2610-Memorare, compareceu a esta Especializada para declarar que conduzia a moto de sua propriedade, marca Honda/CG 125 I Fan, placa PSP-3059-MA, cor preta, renavam 1091269685, e que trafegava pela av. maranhão, sentido sul, quando colidiu na traseira de um automóvel, marca VW/Gol de placa não identificada, provocando a queda da vítima.(passageira da moto). Declarações do mesmo.

Teresina, 21/07/2017



Dário Santana de Sousa

Averbante/conductor da moto



Haroldo Bonfim de Oliveira

Ag. de Policia

0095150



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IM



Eu, Silvana Alves de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 2502210 e inscrito no CPF/MF sob o nº 043833413-73, residente e domiciliado na Rua José Marques da Rocha, 2610, Memora Cidade Teresina, Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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



Silvana Alves de Oliveira

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Teresina, 20/06/2017

Local e data

# 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: 22/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

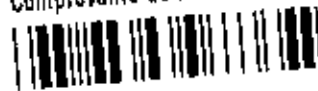
BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000014751-8

---

Nr. da Autenticação 24702FD78547DAD1



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Silvana Alves de OliveiraRG nº 2502210, data de expedição 27/01/15, Órgão SSP/PS

CPF nº 041811413-73 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua José Marques da Rocha</u>  |
| Número                            | <u>2610</u>                       |
| Apto / Complemento                |                                   |
| Bairro                            | <u>Memorare</u>                   |
| Cidade                            | <u>Teresina</u>                   |
| Estado                            | <u>Piauí</u>                      |
| CEP                               | <u>64.000.000</u>                 |
| Telefone de Contato               | <u>(86)98848-6923 / 3234-8541</u> |
| E-mail                            |                                   |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Terexina, 20/06/2017Assinatura do Declarante: Silvana Alves de Oliveira



**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0051867-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.000-740/0001-89 (Linha FALSA) 10.301.353-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Shale 0-1  
Regras especiais de Imposto autorizadas pela SEFAZ 06/08

Nº da Nota Fiscal 000987663

A tarifa local de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.431 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (KWH) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|-----------|------------|---------------|---------------------|
| MAT/2017  | 01/06/2017 | 183           | 152,50              |

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL  
R. 24 DE JANEIRO 554 554 B-URBANO  
CPF: 00050007125320  
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 16.001.29.62.126880

| DADOS DA LEITURA            |       | DATAS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| KWH                         | 8635  | Atual:           | 25/05/2017 |
| Atual:                      | 8452  | Anterior:        | 24/04/2017 |
| Anterior:                   | 1,000 | Próxima Leitura: | 26/06/2017 |
| Constante de Multiplicação: | 183   | Emissão:         | 25/05/2017 |
| Consumo Mensal:             | 183   | Representação:   | 31         |
| Consumo Extraordinário:     |       |                  |            |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |      |                |       |            |
|------------------------------|------|----------------|-------|------------|
| Classificação                | Uso  | Número Medidor | Posto | Código FCB |
| RESIDENCIAL                  | MONO | A1484335       |       | 1.1.1.1    |
|                              |      |                |       | 201        |

| HISTÓRICO KWH        |         | DESCRIÇÃO DA CONTA                 |                             |
|----------------------|---------|------------------------------------|-----------------------------|
| Mês/ano              | Consumo |                                    |                             |
| ABR/17               | 187     | CONSUMO                            | 183 A R\$ 0,601768 = 110,12 |
| MAR/17               | 178     | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)     | 10,12                       |
| FEV/17               | 195     | DONACAO LBY - 0800 055 5099        | 25,00                       |
| JAN/17               | 171     | CORRECAO MONETARIA IG 03/17-00     | 0,10                        |
| DEZ/16               | 201     | MULTA POR ATRASO 03/17-00          | 4,09                        |
| NOV/16               | 197     | JUROS DE MORA DE IMPO 03/17-00     | 3,07                        |
| OUT/16               | 205     | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 5,48 |                             |
| SET/16               | 229     |                                    |                             |
| AGO/16               | 211     |                                    |                             |
| JUL/16               | 201     |                                    |                             |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: |         |                                    |                             |
| 0 A 183 - 0,451875   |         |                                    |                             |

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO:**

| Mes/Ano | Valor R\$ | Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/05/2017. O não pagamento por 30 dias consecutivos é incluído na conta do consumidor no SUSPEN. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso. |
|---------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 04/2017 | 148,18    |                                                                                                                                                                                                                                                           |

Declaramos quitadas débitos desta UC no ano de 2016 (Lei 12007/05).  
LIGUE 0800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO DAC6.845D.9F43.80B9.5681.0041.8C22.9EAB

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |       | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição:             | 30,51 | Pase de Cálculo:        | 110,12 |
| Energia:                  | 37,56 | Alíquota ICMS:          | 20,00% |
| Transmissão:              | 4,53  | Valor do ICMS:          | 22,02  |
| Encargos:                 | 11,68 | Valor do PIS:           | 0,66   |
| Tributos:                 | 25,74 | Valor do COFINS:        | 3,06   |

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

|      |      |       |      |         |       |       |
|------|------|-------|------|---------|-------|-------|
| 4,83 | 9,67 | 19,34 | 3,11 | 6,22    | 12,45 | 2,69  |
| 0,00 |      |       | 0,00 |         |       | 0,00  |
|      |      |       |      | 03/2017 |       | 43,42 |

TERESINA-MACAUBA

ROT: 16.001.29.62.126880

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.000-740/0001-89 (Linha FALSA) 10.301.353-5

SEU CÓDIGO  
0051867-0

MÊS FATURADO  
05/2017

Nº da Nota Fiscal: 000987663 FCB

TOTAL A PAGAR - R\$  
152,50

VENCIMENTO  
01/06/2017

83620000001 3 52500017000 7 00000000051 3 86700517008 1



**UNIÃO**  
23 JUN 2017  
Seguradora

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, Márcia Vital de Lima, RG nº 2350007, data de expedição 29/01/2011, Órgão SSP/PI, CPF nº 590071.253-20, 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | Rua 24 de janeiro         |
| Número                            | 554                       |
| Apto / Complemento                | —                         |
| Bairro                            | Centro                    |
| Cidade                            | Teresina                  |
| Estado                            | Piauí                     |
| CEP                               | 64018-650                 |
| Telefone de Contato               | (86) 99830-7745/3234-8541 |
| E-mail                            | marciavittal@hotmail.com  |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina, 23 JUN 2017



Assinatura do Declarante: Márcia Vital de Lima

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.280-5  
Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica - Série B-1  
Origem especial de Imposto autorizada pela SEFAZ/PA

Nº da Nota Fiscal: 000987663

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

Comprovante de residência



| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (KWH) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|-----------|------------|---------------|---------------------|
| MAIO/2017 | 01/06/2017 | 183           | 152,50              |

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL  
R. 24 DE JANEIRO 554 554 B-URBANO  
CPF: 00059007125320  
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 16.001.29.62.126880

| DADOS DA LEITURA            |       | KWH  | DATAS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|-------|------|------------------|------------|
| Atual:                      | 8635  |      | Atual:           | 25/05/2017 |
| Anterior:                   | 8452  |      | Anterior:        | 24/04/2017 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 |      | Próxima Leitura: | 26/06/2017 |
| Consumo Medido:             | 183   | FCAM | Emissão:         | 25/05/2017 |
| Consumo Estimado:           | 183   |      | Apresentação:    | 25/05/2017 |

NORMAL

31

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |       |             |                |
|------------------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| Class/Subclass               | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fed. | Média 12 meses |
| RESIDENCIAL                  | MONO    | A1484335       |       | 1.1.1.1     | 201            |

| HISTÓRICO KWH        | DESCRIÇÃO DA CONTA              |        |
|----------------------|---------------------------------|--------|
| ABR/17 187           | CONSUMO 183 A R\$ 0,601768 =    | 110,12 |
| MAR/17 178           | CONTR. ILLUMINACAO PUB. (COSIP) | 10,12  |
| FEV/17 195           | DOACAO LBY - 0800 055 5099      | 25,00  |
| JAN/17 171           | CORRECAO MONETARIA IG 03/17-00  | 0,10   |
| DEZ/16 201           | MULTA POR ATRASO 03/17-00       | 4,09   |
| NOV/16 197           | JUROS DE MORA DE IMPO 03/17-00  | 3,07   |
| OUT/16 205           | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -   | 5,48   |
| SET/16 229           |                                 |        |
| AGO/16 211           |                                 |        |
| JUL/16 201           |                                 |        |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: |                                 |        |
| D A 183 - 0,451075   |                                 |        |

MENSAGENS IMPORTANTES / PRAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora recebe a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/06/2017, e não responderá por danos arising danos e inclusão do nome do consumidor no SEREN. Caso tenha efetuado o pagamento favor reconsiderar esta aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2016 (Lei 12007/09)  
LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25



RESERVADO AO FISCAL DAC6.B45D.9F43.80B9.5681.B041.8C22.9EAB

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |       | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição:             | 30,61 | Base de Cálculo:        | 110,12 |
| Energia:                  | 37,56 | Alíquota ICMS:          | 20,00% |
| Transmissão:              | 4,53  | Valor do ICMS:          | 22,02  |
| Encargos:                 | 11,68 | Valor do PIS:           | 0,66   |
| Tributos:                 | 25,74 | Valor do COFINS:        | 3,06   |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

4,83 9,67 19,34 3,11 6,22 12,45 2,69  
0,00 0,00 0,00

TERESINA-MACALUBA

03/2017

43,42

ROT: 16.001.29.62.126880

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.280-5

SEU CÓDIGO  
0051867-0

MÊS FATURADO  
05/2017

Nº da Nota Fiscal: 000987663

TOTAL A PAGAR - R\$  
152,50

VENCIMENTO  
01/06/2017

FCAM

836700000001 3

0051 3 86700517008 1



SEQ.: 00064 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 25/05/2017 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 8635 NORMAL TOTAL: 152,50 CARGA: 019  
DT.VENC.: 01/06/2017 IRREG.: 000 COLETOR: 2182

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Márcia Vital de Lima, RG nº 2350007, data de expedição 29/01/2011, Órgão SSP/PI, CPF nº 590071.253-20, 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:

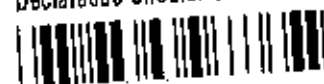
|                                   |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | Rua 24 de janeiro         |
| Número                            | 554                       |
| Apto / Complemento                | —                         |
| Bairro                            | Centro                    |
| Cidade                            | Teresina                  |
| Estado                            | Piauí                     |
| CEP                               | 64018-650                 |
| Telefone de Contato               | (86) 99830-7745/3234-8541 |
| E-mail                            | marciavittal@hotmail.com  |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina, 07/07/17

Assinatura do Declarante: Márcia Vital de Lima





## DECLARAÇÃO

## Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 resseguro.

<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, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCIA VITAL DE LIMA, portador(a) do

RG nº 2350007, expedido por SSP/PI, em

29 / 01 / 2011, CPF/CNPJ nº 590.071.253-20,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Silvana

Alves de Oliveira do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima Silvana Alves de Oliveira, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO-ME Renda Mensal: R\$ RECUSO-ME

Documentos comprobatórios: RECUSO-ME

Marcia Vital de Lima  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Dario Santana de SousaRG nº 3239-350, data de expedição 07 / 10 / 15Órgão SSP / PI, portador do CPF nº 615.381.143-48, comdomicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí.Rua José Marques da Rocha, nº 2610  
complemento Memorare, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

Silvana Alves de Oliveira, cujo o condutor eraDario Santana de SousaVeículo: MotocicletaModelo: Honda / CG 125 FANAno: 2016Placa: PS P 3059Chassi: 9C2JC69006R402971Data do Acidente: 23/05/2017Local e Data: Teresina, 19 de maio de 2017

3º OFÍCIO

Dario Santana de Sousa

Assinatura do Declarante

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



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR: ANATÁLIA BONGALVES DE SANTANA PESQUERA  
RUA LIZANDRO NOBREIRA, 1222 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI  
Fone: (085) 3241-7836 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: DARIO SANTANA DE SOUSA, DOU  
FE. EM TEST. DA VERDADE - TERESINA-PI: 19/05/2017. Enol.: 3,60  
TJ: 0,72) Selo: 0,25 Total: 4,57 Selo: R\$ 9.38147 (F50UF28)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada.

☐ Tabelão Cartório - Teresitaciés Sampaio  
☒ Escrevente autorizada

3º Ofício de Notas  
Judite de Castro Cardoso  
Escrevente Autorizada  
Teresina - PI

OFÍCIO DE NOTAS  
3

Selo de Fiscalização e Autenticidade  
Poder Judiciário  
Estado do Piauí  
Cartório de Notas  
Registro e Arquivo  
RECONHECIMENTO DE FIRMA  
RPP 93814

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



0720492

*Dário Santana de Sousa*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

3.239.350

DATA DE  
EXPIRAÇÃO 07/10/15

NOME

DÁRIO SANTANA DE SOUSA

FILIAÇÃO

KÁTIA TÔRRES SANTANA DE SOUSA

JOSÉ RODRIGUES DE SOUSA FILHO

NATURALIDADE

TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO

26/11/1985

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 94387 V. 113 F. 374

EXP. TERESINA-PI

TE 605-881.143-48

MARCELO ANTONIO PIMENTA L. OLIVEIRA  
SECRETÁRIO DE SEGURANÇA PÚBLICA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Dario Santana de SousaRG nº 3239-350, data de expedição 07/10/15Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 615 381 143-48, comdomicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí.Rua José Marques da Rocha, nº 2610complemento Memorare, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

Silvana Alves de Oliveira, cujo o condutor eraDario Santana de SousaVeículo: MotocicletaModelo: Honda / CG 125 FANAno: 2016Placa: PSA 3059Chassi: 9C23CG9006R402971Data do Acidente: 23/01/2017Local e Data: Teresina, 19 de maio de 2017

3º OFÍCIO

Dario Santana de Sousa

Assinatura do Declarante

Dario Santana de Sousa

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
 TITULAR - TABELA CARTÓRIAS DE NOTAS PERLEN  
 RUA LUIZ CARLOS NOGUEIRA, 1723 CENTRO - CEP: 64020-000 - TERESINA-PI  
 Fone: (085) 3221-9310 E-mail: [assessoria@cartoriosantana.com.br](mailto:assessoria@cartoriosantana.com.br)

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: DARIO SANTANA DE SOUSA. VAL. FE. EM TEST. DA VERDADE: TERESINA-PI, 19/05/2017. Emol. 13,60. TJO: 0,72 Selos: 0,25 Total: 4,57 Selos: ACP: 93814 (F350F78)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO Escrevente Autorizada

☐ Tabela Cartorial ☒ Escrevente autorizada

3º Ofício de Notas  
 Judite de Castro Cardoso  
 Escrevente Autorizada  
 Teresina, PI

Selo da Estabilização e Autenticidade Poder Judiciário Ato de Notar. Registro e Reconhecimento de Firma ACP 93814

OFÍCIO DE NOTAS 3º





## HOSPITAL DO BUENOS

 DU 12: 00:00  
 12:00

 DATA: 23/06/2017 HORA: 07:34  
 SETOR: CLINICA MEDICA

LEVAR: 12:00

## IDENTIFICAO DO PACIENTE

NOME: SILVA ALVES DE OLIVEIRA  
 SOBRENOME: 37 ANOS NASC: 22/07/1977  
 ENDEREÇO: RUA JACARANDÁ DA LAGOA  
 CIDADE: BARRIO: FURCADO  
 ESTADO: RIO DE JANEIRO UF: RJ  
 SEXO: F  
 NÚMERO: 0450  
 RESPONSÁVEL: DOMINGOS ALVES DE OLIVEIRA / MARIA SANTANA ALVES DE OLIVEIRA  
 TIPO DE RESPONSABILIDADE: O PRÓPRIO  
 ALERGIA: MEMÓRIA  
 ATENDIMENTO: ACIDENTE TRANSITO BICICLETA/PASSO VELOZ  
 PLANO DE SAÚDE: NÃO  
 TRAFUGA: NÃO  
 ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO  
 VEÍCULO DE ATENDIMENTO: NÃO

PULSO: 70 TEMP.: 36.5 PESO: 60

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TO [ ] LÍQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSOM

ANTECEDENTES DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NÃO

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

HISTÓRIA DA ENFERMIDADE:

Do no galho e queda de bicicleta

DIAGNÓSTICO:

PRESCRIÇÃO:

CID:

TRATAMENTO DA DOENÇA:



8:20

aguardando

DATA DA SAÍDA:

[ ] DECISÃO MÉDICA [ ] A PEDIDO

HORA DA SAÍDA:

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

[ ] DESISTÊNCIA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

QUANTO: [ ] ANTES DE 48HS [ ] APÓS 48HS [ ] FAMILIA [ ] OUTRO

Assinatura do Paciente/Responsável:

HOSPITAL GERAL DO BUENOS

ENTREGUE

Documento Confere Conforme Original

THE 06/02/17

Setor Produção

 Dr. Walter Santos Filho  
 Médico  
 CRM RJ 123456

# BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

|               |                                                                    |             |                            |
|---------------|--------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------|
| Nome:         | SILVANA ALVES DE OLIVEIRA                                          | Prontuário: | 68921                      |
| Mãe:          | MARIA SANTANA ALVES DE OLIVEIRA                                    | Pai:        | DOMINGOS ALVES DE OLIVEIRA |
| End. Resid.:  | RUA JOSE MARQUES DA ROCHA 4512 - MEMORARE - TERESINA - PI - CEP: - |             |                            |
| Nascimento:   | 22/09/1977                                                         | Idade:      | 39a:4m:1d                  |
| Sexo:         | Feminino                                                           | Fone:       | -                          |
| Responsável:  | O MESMO                                                            | CNS:        |                            |
| Profissão:    |                                                                    | Documento:  | CPF: 041.811.413-73        |
| G. Instrução: | Não informado                                                      | E. Civil:   | Ignorado                   |
| End. Local:   |                                                                    |             |                            |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                 |        |          |                     |           |       |
|-----------------------------------------------------------------|--------|----------|---------------------|-----------|-------|
| Código:                                                         | 130223 | Entrada: | 23/01/2017 11:26:44 | Convênio: | S U S |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR |        |          |                     |           |       |

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                                                                           |                  |                            |                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Sinal/Sintoma de Apresent:                                                                                                                | Area Incidência: | Classificação:             | Cor:                                                                 |
| Intercorrência por Trauma                                                                                                                 | MMSSII           | Fratura fechada sem desvio | Amarelo                                                              |
| Breve História Clas. Risco:<br>ACIDENTE PELO CAMIÃO DO HOSPITAL DO BUENOS AIRES COM FRATURA EM MIE. NEGA COMORBIDADES<br>E INCONTINÊNCIA. |                  |                            | LIDIANNE SALFA LIMA CARPINTO<br>153147-41<br>Em: 23/01/2017 11:26:44 |

Ass. Profissional Clas. Risco:

|       |               |         |        |      |            |        |       |          |        |
|-------|---------------|---------|--------|------|------------|--------|-------|----------|--------|
| SSVV: | (Hora: 11:26) |         |        |      |            |        |       |          |        |
| Peso: | 0,00 Kg       | Altura: | 0,00 m | IMC: | 0,00 Kg/m2 | Pulso: | 0 bpm | Pressão: | 0 mmHg |

## DADOS CLÍNICOS:

TRAUMA EM JOELHO  
92% COM FRATURA DE PLATO TIBIAL  
TALA E ENCAMINHADO AO BPM

Medicamentos Utilizados:

## EXAMES COMPLEMENTARES:

## PRESCRIÇÃO MÉDICA:

DIPIRONA 2,0 CC AD EV  
DECADRON 1 AMP AD EV  
TILATIL 20 MG AD EV

## MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina  
Fundação Municipal de Saúde



HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a senhora SILVANA ALVES DE OLIVEIRA, portadora da identidade nº 2.502.219-SSR-PI, deu entrada neste hospital no dia 23.01.17, conforme boletim de entrada nº 048994 em anexo.

Vale ressaltar que, por falha desde hospital (recepção) o nome do paciente foi preenchido de forma equivocada.

Segue abaixo o nome da pessoa a ser considerado, em conformidade com o documento de identidade em anexo.

Nome do paciente: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

Teresina (PI), 31 de Janeiro de 2017.

Atenciosamente

UNIÃO  
23 JUN 2017  
Seguradora

CHAGUEIRO MORAES LAMOS  
ADMINISTRATIVO  
CPE: 0006703-001 CRA1519-0  
HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES



Rua Castelo do Piauí, S/N - Buenos Aires  
Teresina-PI,  
CNPJ 17.577.205/0003-07



86-3214-2600



financeirohgba@gmail.com

**SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

|                                       |                                                                                                |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Da Unidade <i>UVA</i>                 | Para Unidade <i>VPA</i>                                                                        |
| Paciente <i>Guilherme Alves Otton</i> | Registro                                                                                       |
| MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO              |                                                                                                |
| <i>Fração em parte E</i>              |                                                                                                |
| HD. <i>Do Ortopedia</i>               |                                                                                                |
| Data <i>23/01/17</i><br><i>08:45</i>  | Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo<br><i>Wagner Santos Filho</i><br>CRM-MA 241.321 |

**FICHA DE RETORNO**

|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Da Unidade                                                                                                                                                                                                                                                  | Para:                                          |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                |
| <div data-bbox="733 1621 1020 1854" data-label="Text"> <p><b>UNIÃO</b><br/>23 JUN 2017<br/>Seguradora</p> </div> <div data-bbox="1179 1554 1483 1675" data-label="Text"> <p>UNION - UNICÃO<br/>FICHA DE RETORNO<br/>Chefe do Serviço de Urgência</p> </div> |                                                |
| Data                                                                                                                                                                                                                                                        | Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo |
| OBSERVAÇÃO:                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                |



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Compare com o(a) original que  
foi apresentado(a) e assinado.  
Em 23 JUN 2011

Setor de Arquivo Técnico do HPMP

Luiz Henrique Pinheiro Reis / HPMP  
RGPM 185190 (33-2 / Mat. 144954)  
Chefe de Setor de Arquivo Técnico

NOME DO PACIENTE:

Silvana Alves de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

205098/17

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

**Piauí**  
GOVERNO DO  
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP  
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI  
CEP 64.014-220  
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

**Saúde**  
Secretaria de Estado



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO

AIH : 221710006076-9  
UNI : HOSPITAL DA POLICIA

Orção Emissor: M221100001

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DI

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEU

D. LIBERA: 31/01/2017

PROCED.: 0408050551

OP. 5157: JAIR

CID: S821

DT. LAUDO: 23/01/2017  
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR  
PLANTIO 11814

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

idimento

54800

Identificação do Paciente

5 - Nome: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

6 - Prontuário: 205092

7 - CNS: 704804536824642

8 - Nascimento: 22/09/1977 02:00

9 - Sexo: F

CPF: 041.811.413-73

11 - Mãe: MARIA SANTANA ALVES DE OLIVEIRA

12 - Fone: 86-8.8164015

13 - Resp: DOMINGOS ALVES DE OLIVEIRA

14 - Cor: PARDA

15 - Endor: RUA JOSE MARQUES DA ROCHA 4510

MEMORARE

19 - CEP: 64008-255

16 - Munfo: TERESINA

17 - Cod. IBGE: 221100

18 - UF: PI

RG: 25022-10

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente vítima de trauma, dor  
e deformidade em joelho esquerdo

21 - Condições que justificam a Internação:

Ulceração de Curvo

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Rx - Fémur fêmur tibial (C)

100%  
R. 04/01/2017  
R. 04/01/2017  
Linha do Sinais de

23 - Diagnóstico Inicial:

Fémur Tibial (C)

24 - Cid Princ.: S821

25 - Cid Sec.: \_\_\_\_\_

26 - Cid C.Ass.: \_\_\_\_\_

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Osteossintese plástica tibial 0408050551

Tempo SUS

29 - Clínica:

POSTO I

30 - Caracter.: 02

Ident.: 1

31 - Documento: CPF

32 Doc. Med. Solic. 65265385491

33 - Nome Profissional / Assistente  
EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

34 - Data de Solicitação:  
23/01/2017

DR. ALVARO DE FARIAS  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM - PI 2572

35 - Ass. Carimbo Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bliheio.

41 - Série

37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajato.

45 - Vínculo com a Previdência. ( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado.

46 - Nome do Profissional Autorizador

Autorização

47 - Data Autorização:

31/01/17

48 - Documento

49 - Num. Documento

UNIÃO

23 JUN 2017

Seguradora

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Polícia Militar do Piauí  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

23/01/2017

Nome: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

Pront.: 205092

Nasc.: 22/09/1977 Sexo: F

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 254800

Enfermaria: POSTO I

ENF 118 LEITO

Leito: 118

Pal:

Mãe: MARIA SANTANA ALVES DE OLIVEIRA

RG: 2502210

Residência:

RUA JOSE MARQUES DA ROCHA

Nr.: 4510

Cep: 64008255

Bairro: MEMORARE

Cidade: TERESINA

Telefone: 88 - 88164015

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

*Parente retardo de Fome, dor em  
joelho esquerdo*

DIAGNÓSTICO

Provisório:

*Frot. Hct. Hb. (Exat.)*

CID S87.2

Principal:

*O. crônica*

CID S87.2

Procedimento:

*Exat. Hct. Hb.*

Sintomas e Sinais Principais

*Por deformidade em  
joelho (C)*

Causa Médica

Histo - Patológico:

*Luiz Henrique de Faria  
RSELA 105198/03 2 FARM. 1405/9  
Chefe do Setor de Análise de Laboratório*

TRATAMENTO

Tipo:

- ☐ Nenhuma  
☐ Médico  
☐ Cirurgia  
☐ Médico Cirurgico

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma  
☐ Médico  
☐ Cirurgia  
☐ Médico Cirurgico

Data/Hora de Internação  
23/01/2017 19:01:56

DURAÇÃO

Data da Alta:

*26/01/2017*

Data da Hospitalização

ALTA

Saída

- ☐ Curado  
☐ Melhorado  
☐ Inalterado  
☐ A Pedido  
☐ Internação pr Diagnóstico
- ☐ Divisão Médica  
☐ Por Indisciplina  
☐ Evasão  
☐ P. Ambulatório

Transferência

- ☐ Fisiologia  
☐ Psiquiatria  
☐ Outros

Óbito

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico  
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico  
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE

Assinatura:

*DR. ALVARO REBELO FILHO  
CRM: 105198/03 2 FARM. 1405/9  
Cep: 64008255*



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 25 / 01 / 11  
Nº DO PRONTUÁRIO: 205092 SALA: 07  
CÓD DA CIRURGIA: 0408030557

Descrição da Cirurgia:

Paciente em DDH sob acompanhamento  
Amegre, Anterosses, laboratório  
dos grupos estereis, Acervo lateral  
o.o. platis telial (E) Verificação  
redução e ortossintese de fatur

Lucas Maciel  
RSPM 105198193-2 FPM 14393-9  
Unidade do Setor de Anestesia e Dor

DR. ALVARO FELIX  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM - PI 7572

Cirurgia:

Cirurgião:

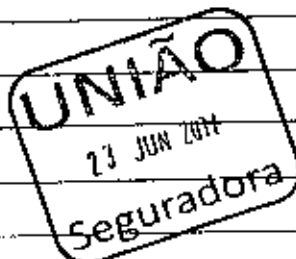
1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:



MACIEL  
GOMES





DATA: 25, 01, 37-  
Nº DO PRONTUÁRIO 205092ALA 07  
CÓD DA CIRURGIA: 040805055

NOME: Silviana Alves de Oliveira Idade: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ ASA: \_\_\_\_\_  
 PROCEDIMENTO: Eva. ploto litot E.  
 CIRURGIÃO: Almir AUX: \_\_\_\_\_ Anest. Paulo Apnt e Lho: 48 - 02  
 INSTR.: marcos CIRC.: Waneth ANESTESIA: Raquel  
 P.A. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ PESO: 60,35 INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ SALA: 07  
 \_\_\_\_\_ Glicemia \_\_\_\_\_ Creatina \_\_\_\_\_ Respir. \_\_\_\_\_

1.  $\int_0^1 x^2 dx = \frac{1}{3}$

[illegible]

## 5.2 QUESTIONS

Sfproo-Sfproo.

[illegible]

ExCO (mmHg) 48.2, 48.4, 48.5, 48.6, 48.7, 48.8, 48.9, 49.0, 49.1, 49.2, 49.3, 49.4, 49.5, 49.6, 49.7, 49.8, 49.9, 50.0, 50.1, 50.2, 50.3, 50.4, 50.5, 50.6, 50.7, 50.8, 50.9, 51.0, 51.1, 51.2, 51.3, 51.4, 51.5, 51.6, 51.7, 51.8, 51.9, 52.0, 52.1, 52.2, 52.3, 52.4, 52.5, 52.6, 52.7, 52.8, 52.9, 53.0, 53.1, 53.2, 53.3, 53.4, 53.5, 53.6, 53.7, 53.8, 53.9, 54.0, 54.1, 54.2, 54.3, 54.4, 54.5, 54.6, 54.7, 54.8, 54.9, 55.0, 55.1, 55.2, 55.3, 55.4, 55.5, 55.6, 55.7, 55.8, 55.9, 56.0, 56.1, 56.2, 56.3, 56.4, 56.5, 56.6, 56.7, 56.8, 56.9, 57.0, 57.1, 57.2, 57.3, 57.4, 57.5, 57.6, 57.7, 57.8, 57.9, 58.0, 58.1, 58.2, 58.3, 58.4, 58.5, 58.6, 58.7, 58.8, 58.9, 59.0, 59.1, 59.2, 59.3, 59.4, 59.5, 59.6, 59.7, 59.8, 59.9, 60.0, 60.1, 60.2, 60.3, 60.4, 60.5, 60.6, 60.7, 60.8, 60.9, 61.0, 61.1, 61.2, 61.3, 61.4, 61.5, 61.6, 61.7, 61.8, 61.9, 62.0, 62.1, 62.2, 62.3, 62.4, 62.5, 62.6, 62.7, 62.8, 62.9, 63.0, 63.1, 63.2, 63.3, 63.4, 63.5, 63.6, 63.7, 63.8, 63.9, 64.0, 64.1, 64.2, 64.3, 64.4, 64.5, 64.6, 64.7, 64.8, 64.9, 65.0, 65.1, 65.2, 65.3, 65.4, 65.5, 65.6, 65.7, 65.8, 65.9, 66.0, 66.1, 66.2, 66.3, 66.4, 66.5, 66.6, 66.7, 66.8, 66.9, 67.0, 67.1, 67.2, 67.3, 67.4, 67.5, 67.6, 67.7, 67.8, 67.9, 68.0, 68.1, 68.2, 68.3, 68.4, 68.5, 68.6, 68.7, 68.8, 68.9, 69.0, 69.1, 69.2, 69.3, 69.4, 69.5, 69.6, 69.7, 69.8, 69.9, 70.0, 70.1, 70.2, 70.3, 70.4, 70.5, 70.6, 70.7, 70.8, 70.9, 71.0, 71.1, 71.2, 71.3, 71.4, 71.5, 71.6, 71.7, 71.8, 71.9, 72.0, 72.1, 72.2, 72.3, 72.4, 72.5, 72.6, 72.7, 72.8, 72.9, 73.0, 73.1, 73.2, 73.3, 73.4, 73.5, 73.6, 73.7, 73.8, 73.9, 74.0, 74.1, 74.2, 74.3, 74.4, 74.5, 74.6, 74.7, 74.8, 74.9, 75.0, 75.1, 75.2, 75.3, 75.4, 75.5, 75.6, 75.7, 75.8, 75.9, 76.0, 76.1, 76.2, 76.3, 76.4, 76.5, 76.6, 76.7, 76.8, 76.9, 77.0, 77.1, 77.2, 77.3, 77.4, 77.5, 77.6, 77.7, 77.8, 77.9, 78.0, 78.1, 78.2, 78.3, 78.4, 78.5, 78.6, 78.7, 78.8, 78.9, 79.0, 79.1, 79.2, 79.3, 79.4, 79.5, 79.6, 79.7, 79.8, 79.9, 80.0, 80.1, 80.2, 80.3, 80.4, 80.5, 80.6, 80.7, 80.8, 80.9, 81.0, 81.1, 81.2, 81.3, 81.4, 81.5, 81.6, 81.7, 81.8, 81.9, 82.0, 82.1, 82.2, 82.3, 82.4, 82.5, 82.6, 82.7, 82.8, 82.9, 83.0, 83.1, 83.2, 83.3, 83.4, 83.5, 83.6, 83.7, 83.8, 83.9, 84.0, 84.1, 84.2, 84.3, 84.4, 84.5, 84.6, 84.7, 84.8, 84.9, 85.0, 85.1, 85.2, 85.3, 85.4, 85.5, 85.6, 85.7, 85.8, 85.9, 86.0, 86.1, 86.2, 86.3, 86.4, 86.5, 86.6, 86.7, 86.8, 86.9, 87.0, 87.1, 87.2, 87.3, 87.4, 87.5, 87.6, 87.7, 87.8, 87.9, 88.0, 88.1, 88.2, 88.3, 88.4, 88.5, 88.6, 88.7, 88.8, 88.9, 89.0, 89.1, 89.2, 89.3, 89.4, 89.5, 89.6, 89.7, 89.8, 89.9, 90.0, 90.1, 90.2, 90.3, 90.4, 90.5, 90.6, 90.7, 90.8, 90.9, 91.0, 91.1, 91.2, 91.3, 91.4, 91.5, 91.6, 91.7, 91.8, 91.9, 92.0, 92.1, 92.2, 92.3, 92.4, 92.5, 92.6, 92.7, 92.8, 92.9, 93.0, 93.1, 93.2, 93.3, 93.4, 93.5, 93.6, 93.7, 93.8, 93.9, 94.0, 94.1, 94.2, 94.3, 94.4, 94.5, 94.6, 94.7, 94.8, 94.9, 95.0, 95.1, 95.2, 95.3, 95.4, 95.5, 95.6, 95.7, 95.8, 95.9, 96.0, 96.1, 96.2, 96.3, 96.4, 96.5, 96.6, 96.7, 96.8, 96.9, 97.0, 97.1, 97.2, 97.3, 97.4, 97.5, 97.6, 97.7, 97.8, 97.9, 98.0, 98.1, 98.2, 98.3, 98.4, 98.5, 98.6, 98.7, 98.8, 98.9, 99.0, 99.1, 99.2, 99.3, 99.4, 99.5, 99.6, 99.7, 99.8, 99.9, 100.0, 100.1, 100.2, 100.3, 100.4, 100.5, 100.6, 100.7, 100.8, 100.9, 101.0, 101.1, 101.2, 101.3, 101.4, 101.5, 101.6, 101.7, 101.8, 101.9, 102.0, 102.1, 102.2, 102.3, 102.4, 102.5, 102.6, 102.7, 102.8, 102.9, 103.0, 103.1, 103.2, 103.3, 103.4, 103.5, 103.6, 103.7, 103.8, 103.9, 104.0, 104.1, 104.2, 104.3, 104.4, 104.5, 104.6, 104.7, 104.8, 104.9, 105.0, 105.1, 105.2, 105.3, 105.4, 105.5, 105.6, 105.7, 105.8, 105.9, 106.0, 106.1, 106.2, 106.3, 106.4, 106.5, 106.6, 106.7, 106.8, 106.9, 107.0, 107.1, 107.2, 107.3, 107.4, 107.5, 107.6, 107.7, 107.8, 107.9, 108.0, 108.1, 108.2, 108.3, 108.4, 108.5, 108.6, 108.7, 108.8, 108.9, 109.0, 109.1, 109.2, 109.3, 109.4, 109.5, 109.6, 109.7, 109.8, 109.9, 110.0, 110.1, 110.2, 110.3, 110.4, 110.5, 110.6, 110.7, 110.8, 110.9, 111.0, 111.1, 111.2, 111.3, 111.4, 111.5, 111.6, 111.7, 111.8, 111.9, 112.0, 112.1, 112.2, 112.3, 112.4, 112.5, 112.6, 112.7, 112.8, 112.9, 113.0, 113.1, 113.2, 113.3, 113.4, 113.5, 113.6, 113.7, 113.8, 113.9, 114.0

① Interim from 1990

240 Chlorine 50.91

Percentage of the population 15-64 years

1950 1960 1970 1980 1990 2000

Argentina, Brazil, Canada, France, Germany, Italy, Japan, Korea, Mexico, Netherlands, Norway, Sweden, Switzerland, Taiwan, Thailand, United Kingdom, United States

MO  
VPA  
A. DIAS

34 AREAL  
AREAL

[illegible]

| Time  | Temp | Pressure | Flow | Level | Notes        |
|-------|------|----------|------|-------|--------------|
| 00:00 | 20.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   | Start of run |
| 00:05 | 20.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 00:10 | 21.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 00:15 | 21.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 00:20 | 22.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 00:25 | 22.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 00:30 | 23.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 00:35 | 23.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 00:40 | 24.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 00:45 | 24.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 00:50 | 25.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 00:55 | 25.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 01:00 | 26.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 01:05 | 26.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 01:10 | 27.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 01:15 | 27.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 01:20 | 28.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 01:25 | 28.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 01:30 | 29.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 01:35 | 29.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 01:40 | 30.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 01:45 | 30.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 01:50 | 31.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 01:55 | 31.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 02:00 | 32.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 02:05 | 32.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 02:10 | 33.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 02:15 | 33.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 02:20 | 34.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 02:25 | 34.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 02:30 | 35.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 02:35 | 35.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 02:40 | 36.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 02:45 | 36.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 02:50 | 37.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 02:55 | 37.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 03:00 | 38.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 03:05 | 38.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 03:10 | 39.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 03:15 | 39.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 03:20 | 40.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 03:25 | 40.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 03:30 | 41.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 03:35 | 41.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 03:40 | 42.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 03:45 | 42.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 03:50 | 43.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 03:55 | 43.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 04:00 | 44.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 04:05 | 44.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 04:10 | 45.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 04:15 | 45.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 04:20 | 46.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 04:25 | 46.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 04:30 | 47.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 04:35 | 47.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 04:40 | 48.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 04:45 | 48.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 04:50 | 49.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 04:55 | 49.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 05:00 | 50.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 05:05 | 50.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 05:10 | 51.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 05:15 | 51.5 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |
| 05:20 | 52.0 | 101.3    | 1.0  | 1.0   |              |

[illegible]

ONICS Anestésia: B2

CH 401-13-44, 40266, 4491, 4492, 4493, 4494, 4495, 4496, 4497, 4498, 4499, 4500, 4501, 4502, 4503, 4504, 4505, 4506, 4507, 4508, 4509, 4510, 4511, 4512, 4513, 4514, 4515, 4516, 4517, 4518, 4519, 4520, 4521, 4522, 4523, 4524, 4525, 4526, 4527, 4528, 4529, 4530, 4531, 4532, 4533, 4534, 4535, 4536, 4537, 4538, 4539, 4540, 4541, 4542, 4543, 4544, 4545, 4546, 4547, 4548, 4549, 4550, 4551, 4552, 4553, 4554, 4555, 4556, 4557, 4558, 4559, 4560, 4561, 4562, 4563, 4564, 4565, 4566, 4567, 4568, 4569, 4570, 4571, 4572, 4573, 4574, 4575, 4576, 4577, 4578, 4579, 4580, 4581, 4582, 4583, 4584, 4585, 4586, 4587, 4588, 4589, 4590, 4591, 4592, 4593, 4594, 4595, 4596, 4597, 4598, 4599, 4600, 4601, 4602, 4603, 4604, 4605, 4606, 4607, 4608, 4609, 4610, 4611, 4612, 4613, 4614, 4615, 4616, 4617, 4618, 4619, 4620, 4621, 4622, 4623, 4624, 4625, 4626, 4627, 4628, 4629, 4630, 4631, 4632, 4633, 4634, 4635, 4636, 4637, 4638, 4639, 4640, 4641, 4642, 4643, 4644, 4645, 4646, 4647, 4648, 4649, 4650, 4651, 4652, 4653, 4654, 4655, 4656, 4657, 4658, 4659, 4660, 4661, 4662, 4663, 4664, 4665, 4666, 4667, 4668, 4669, 4670, 4671, 4672, 4673, 4674, 4675, 4676, 4677, 4678, 4679, 4680, 4681, 4682, 4683, 4684, 4685, 4686, 4687, 4688, 4689, 4690, 4691, 4692, 4693, 4694, 4695, 4696, 4697, 4698, 4699, 4700, 4701, 4702, 4703, 4704, 4705, 4706, 4707, 4708, 4709, 4710, 4711, 4712, 4713, 4714, 4715, 4716, 4717, 4718, 4719, 4720, 4721, 4722, 4723, 4724, 4725, 4726, 4727, 4728, 4729, 4730, 4731, 4732, 4733, 4734, 4735, 4736, 4737, 4738, 4739, 4740, 4741, 4742, 4743, 4744, 4745, 4746, 4747, 4748, 4749, 4750, 4751, 4752, 4753, 4754, 4755, 4756, 4757, 4758, 4759, 4760, 4761, 4762, 4763, 4764, 4765, 4766, 4767, 4768, 4769, 4770, 4771, 4772, 4773, 4774, 4775, 4776, 4777, 4778, 4779, 4780, 4781, 4782, 4783, 4784, 4785, 4786, 4787, 4788, 4789, 4790, 4791, 4792, 4793, 4794, 4795, 4796, 4797, 4798, 4799, 4800, 4801, 4802, 4803, 4804, 4805, 4806, 4807, 4808, 4809, 4810, 4811, 4812, 4813, 4814, 4815, 4816, 4817, 4818, 4819, 4820, 4821, 4822, 4823, 4824, 4825, 4826, 4827, 4828, 4829, 4830, 4831, 4832, 4833, 4834, 4835, 4836, 4837, 4838, 4839, 4840, 4841, 4842, 4843, 4844, 4845, 4846, 4847, 4848, 4849, 4850, 4851, 4852, 4853, 4854, 4855, 4856, 4857, 4858, 4859, 4860, 4861, 4862, 4863, 4864, 4865, 4866, 4867, 4868, 4869, 4870, 4871, 4872, 4873, 4874, 4875, 4876, 4877, 4878, 4879, 4880, 4881, 4882, 4883, 4884, 4885, 4886, 4887, 4888, 4889, 4890, 4891, 4892, 4893, 4894, 4895, 4896, 4897, 4898, 4899, 4900, 4901, 4902, 4903, 4904, 4905, 4906, 4907, 4908, 4909, 4910, 4911, 4912, 4913, 4914, 4915, 4916, 4917, 4918, 4919, 4920, 4921, 4922, 4923, 4924, 4925, 4926, 4927, 4928, 4929, 4930, 4931, 4932, 4933, 4934, 4935, 4936, 4937, 4938, 4939, 4940, 4941, 4942, 4943, 4944, 4945, 4946, 4947, 4948, 4949, 4950, 4951, 4952, 4953, 4954, 4955, 4956, 4957, 4958, 4959, 4960, 4961, 4962, 4963, 4964, 4965, 4966, 4967, 4968, 4969, 4970, 4971, 4972, 4973, 4974, 4975, 4976, 4977, 4978, 4979, 4980, 4981, 4982, 4983, 4984, 4985, 4986, 4987, 4988, 4989, 4990, 4991, 4992, 4993, 4994, 4995, 4996, 4997, 4998, 4999, 5000, 5001, 5002, 5003, 5004, 5005, 5006, 5007, 5008, 5009, 5010, 5011, 5012, 5013, 5014, 5015, 5016, 5017, 5018, 5019, 5020, 5021, 5022, 5023, 5024, 5025, 5026, 5027, 5028, 5029, 5030, 5031, 5032, 5033, 5034, 5035, 5036, 5037, 5038, 5039, 5040, 5041, 5042, 5043, 5044, 5045, 5046, 5047, 5048, 5049, 5050, 5051, 5052, 5053, 5054, 5055, 5056, 5057, 5058, 5059, 5060, 5061, 5062, 5063, 5064, 5065, 5066, 5067, 5068, 5069, 5070, 5071, 5072, 5073, 5074, 5075, 5076, 5077, 5078, 5079, 5080, 5081, 5082, 5083, 5084, 5085, 5086, 5087, 5088, 5089, 5090, 5091, 5092, 5093, 5094, 5095, 5096, 5097, 5098, 5099, 5100, 5101, 5102, 5103, 5104, 5105, 5106, 5107, 5108, 5109, 5110, 5111, 5112, 5113, 5114, 5115, 5116, 5117, 5118, 5119, 5120, 5121, 5122, 5123, 5124, 5125, 5126, 5127, 5128, 5129, 5130, 5131, 5132, 5133, 5134, 5135, 5136, 5137, 5138, 5139, 5140, 5141, 5142, 5143, 5144, 5145, 5146, 5147, 5148, 5149, 5150, 5151, 5152, 5153, 5154, 5155, 5156, 5157, 5158, 5159, 5160, 5161, 5162, 5163, 5164, 5165, 5166, 5167, 5168, 5169,

UNIT OR

\_\_\_\_\_ ☒ PANI ☐ PVC

|             |  | Case | Info | Info |
|-------------|--|------|------|------|
| Circulation |  | 1    |      |      |

[illegible]

Dofetilide \_\_\_\_\_ Anp  
 Digoxin \_\_\_\_\_ Anp  
 Midazolam \_\_\_\_\_ Fr  
 Propofol \_\_\_\_\_ Anp

Usama \_\_\_\_\_ Amp  
 Extra \_\_\_\_\_ Amp  
 Droperidol \_\_\_\_\_ Amp  
 Etoril \_\_\_\_\_ Amp  
 Metranidazol \_\_\_\_\_ Fr  
 Neoxina Psa 0.5% \_\_\_\_\_ Fr  
 Propoxy \_\_\_\_\_ ml  
 Rantidol \_\_\_\_\_

*Eumopridae* \_\_\_\_\_ Amp  
*Phadonotidae* \_\_\_\_\_ Amp  
*Enchirang* \_\_\_\_\_ ml  
Narcari \_\_\_\_\_ Amp  
Blountia \_\_\_\_\_ Amp  
Quelina \_\_\_\_\_  
Quelamira \_\_\_\_\_

|            |  |                   |     |               |  |
|------------|--|-------------------|-----|---------------|--|
| Fentanil   |  | Noradrenalin 0,5% | Fr  | Mefenidantol  |  |
| Lofentinal |  | Nubain            | Amp | Ringer-Lösung |  |

Polioxazina \_\_\_\_\_ Fr  
 Anilina \_\_\_\_\_ Anilp  
 Halotano \_\_\_\_\_ Hb  
 Miltanato \_\_\_\_\_ Miltan

Order ( ) Fr. \_\_\_\_\_  
 sametazona U Amp \_\_\_\_\_

Hormonocoupling \_\_\_\_\_ ml  
 Isoforman \_\_\_\_\_ ml

Neostigmia \_\_\_\_\_ Amp  
 Omeprazol \_\_\_\_\_

S. Glorioso 5%  
 Scalp n' \_\_\_\_\_

Jelco nº 20 V Unet  
Lidocaina 1% V fr  
Ondasetrona C Amp  
Poliso Cel C Amp

Tincur \_\_\_\_\_  
Tissili C

Metiloklopamida \_\_\_\_\_ Amp  
Manitol \_\_\_\_\_ Fr  
Paracetamol \_\_\_\_\_ Fr  
Pencurônio \_\_\_\_\_ Amp  
Tiofenil \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ireland \_\_\_\_\_ Fe \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Americas \_\_\_\_\_

Pedro Henrique R.

MÉDICO



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

**Nº ORDEM.....:** 39061

**NOME.....:** SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

**MÉDICO SOLIC:** ALMIR ALVES REBELO FILHO

**DATA LAUDO....:** 05/02/2017

**CONVÊNIO:** INTERNO

**DATA REALIZ:** 26/01/2017

**IDADE:** 39 anos

**CRM:** 2972-PI

**CÓDIGO:** 17188

**RX JOELHO ESQUERDO:**

O estudo radiológico do joelho esquerdo realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura no platô tibial fixada com placa e parafusos metálicos.
- Espaço articular fêmoro-tibial reduzido.
- Aumento de partes moles com sinais sugestivos de enfisema subcutâneo em face lateral do joelho.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

**Controle ortopédico.**



*Ivan Fontenele Gomes*

**IVAN FONTENELE GOMES**  
**CRM-2426-PI**



Telefone: (86) 3227-6266  
Fax: (86) 3216-3351

*[Signature]*  
Data de Emissão: 05/02/2017  
Data de Validade: 05/02/2017

## Ficha de Prescrição e Evolução Médica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Consulta: 130223  
Imp: 23/01/2017 15:24:54

|                |                           |              |       |            |      |                           |      |
|----------------|---------------------------|--------------|-------|------------|------|---------------------------|------|
| Nome:          | SILVANA ALVES DE OLIVEIRA | Preventório: | 68921 | Local:     |      | Idoso:                    |      |
| Ido Sangüíneo: |                           | Fator RH:    |       | Peso (Kg): | 0,00 | Altura (m):               | 0,00 |
|                |                           |              |       |            |      | TMC (Kg/m <sup>2</sup> ): | 0,00 |

|      |                    |          |                |  |  |  |  |  |  |
|------|--------------------|----------|----------------|--|--|--|--|--|--|
| TEM: | PRESCRIÇÃO MÉDICA: | HORÁRIO: | SINAIS VITAIS: |  |  |  |  |  |  |
|------|--------------------|----------|----------------|--|--|--|--|--|--|

DIPIRONA 2,0 CC AD EV - 15:45 - Gilmarino  
DECADRON 1 AMP AD EV - 15:45 - Gilmarino  
TILATIL 20 MG AD EV - 15:45 - Gilmarino

Edna de Souza Lima Junior  
Cirurgiã Geral  
CRM 10.123

REGISTROS DE ENFERMAGEM:



UNIAO Seguradora  
RUA DO RIO VERDE, 2810 - RENASCENÇA III  
TERESINA - PI CEP: 64082-110

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



0864238

*Silvana Alves de Oliveira*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.502.210 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/01/15

NOME  
SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO  
MARIA SANTANA ALVES DE OLIVEIRA  
DOMINGOS ALVES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 22/09/1977

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 20608 L 14A F 97

EXP TERESINA-PI 29/01/01 *Ass. de Moraes*  
CPF 041.811.413-73 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.110 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 88.250/83

Documentos de Identificação



UNIÃO  
23 JUN 2011  
Seguradora

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Márcia Vital de Lima  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.118 DE 29/08/89 - DECRETO Nº 89.250/89

590.071.253-20 ASSINATURA DO DIRETOR

TERESINA-PI

EXP. TERESINA-PI 04/06/08

CERT. CASAM. 20633 L 578 F 213

DOC. ORDEM

SÃO DOMINGOS DO MARANHÃO-MA 12/02/1972

MANOEL BEZERRA DE LIMA

NEUSA MARIA VITAL DE LIMA

FILIAÇÃO

MÁRCIA VITAL DE LIMA

RG 2.350.007

DATA DE EMISSÃO 29/01/11

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



BRASIL

([HTTP://BRASIL.GOV.BR](http://BRASIL.GOV.BR))

Serviços Barra GovBr

(<http://www.vlibras.gov.br/>)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **590.071.253-20**

Nome da Pessoa Física: **MARCIA VITAL DE LIMA**

Data de Nascimento: **12/02/1972**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **06/01/2000**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **10:24:31** do dia **03/04/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **E016.E93B.BB51.E971**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Aplicacoes/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - MA Nº 012419364963  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

0 - FA - COD RENAVAM - ANTEC - EXPIRAC -  
1 - 1071269685 - 2016

A - DARIO SANTANA DE SOUSA  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

4 - 61538114348 - RSP3059  
5 - V.NOVO - MA - 902JC6900GR402971

6 - ESPÉCIE TIPO - COMBUSTÍVEL  
7 - PAS/MOTOCICLETA - GASOLINA

8 - HONDA/CG 125I FAN - 2016 2016

9 - CAP/POT/CL - CATEGORIA - PREC/PAN -  
000002P/0124 CIL - PAS117 - FRETA

|       |          |   |   |
|-------|----------|---|---|
| 1     | 2        | 3 | 4 |
| 43,10 | 06/07/16 | 2 |   |
| 1     | 0,00     | 3 |   |

PREMIO TARIFARIO (R\$) - DIF. RES - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
167,27 - 0,65 - 172,07 - 14/07/16

MOTOR: JC69E0G402978  
AF - 7ADN LINS MAC HONDA - OF  
Leana Alves dos Reis  
CHIEF - DND  
100RETRAN - MA - LAT 242178

1 - TIMON - MA - 15/07/16

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE TERRESTRRES LHE - DO POUSSUICARCA, A PESSOA  
TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

MA Nº 012419364963 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016  
ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.opvatsegurodatransito.com.br  
S.C DPVAT 0800 022 1204

2016 15/07/16  
1 - 61538114348 - RSP3059

071269685 - HONDA/CG 125I FAN  
2016 19-01 - 902JC6900GR402971

PREMIO TARIFARIO  
TARIFAS - DIF. RES - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
167,27 - 0,65 - 172,07  
4,15 - 0,65 - 172,07  
14/07/16

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.938/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

00100 937

007-2015

DUT



UNIÃO  
23 JUN 2017  
Seguradora

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170346886 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SILVANA ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/01/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/09/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE JOELHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/ JOELHO ESQUERDO:50% DE 25%= 12,5%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS               | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                     |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170346886

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

**Data do acidente:** 23/01/2017

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do platô tibial esquerdo.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame físico, vítima apresenta cicatriz de 12,0 cm e aumento de volume no joelho, marcha claudicante e redução da força muscular e dos movimentos articulares do joelho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico, osteossíntese com fixação com placa e 05 parafusos. Recebeu alta definitiva do tratamento médico.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 15/09/2017

**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 |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 18,75%    | R\$ 2.531,25          |
| Total                                     |                                              |                                                      | 18,75 %   | R\$ 2.531,25          |

## 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:**

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** (Dados do beneficiário do seguro DPVAT)

Nome: Silvana Alves de Oliveira  
Nacionalidade, brasileira estado civil solteira  
Profissão do lar CI/RG nº 2502.210  
CPF/MF nº 041811413-73 residente e domiciliado(a) à Rua José  
Marques da Rocha, 2610 Bairro: Memorare  
Cidade: Teresina Estado do PI CEP: 64.000-000  
Telefone (086) 98848-6923

Procuração



**OUTORGADO:** (Dados do Procurador)

Nome: **MÁRCIA VITAL DE LIMA**  
Nacionalidade: **BRASILEIRA** Estado Civil: **SOLTEIRA**  
Profissão: **PEDAGOGA**  
Identidade: **2350007 - PI** CPF: **590.071.253-20**  
Endereço: **RUA 24 DE JANEIRO, 554** Bairro: **CENTRO**  
Cidade: **TERESINA - PI** CEP: **64018 - 650**



Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constato eu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar - me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório, fazer requerimento e recebimento hospitalar, HUT, HPM e UPA - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo de IML, Autorização de Pagamento de Indenização de 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; do qual figura como vítima, Silvana Alves de

Oliveira

1º OFÍCIO

Local: Teresina UF: PI Data 19 de 06 de 2017

Silvana Alves de Oliveira

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade)



SERVIÇO NOTARIAL E DE REGISTRO - JOÃO CRISÓSTOMO

1º OFÍCIO - 2ª CIRCUNSCRIÇÃO

Rua Maria Elizabeth Pinheiro e Silva Mello - Taboão

Rua Manoel Nogueira, nº 1133 - CEP: 64005-200

Fone: (085) 3221-7513 - Fax: (085) 3221-9204 - Teresina - Piauí - E-mail: info@jcrs.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SILVANA ALVES DE OLIVEIRA, DOU FE.: EM TEST.: DA VERDADE, TERESINA, 19/06/2017, 10:40  
Emol. 3,60 TJ: 0,72 Selos 0,25 Total: 4,57

LOUANY LIMA GUIMARAES FELD ESCRIVENTE



**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**

Nome do(a) Examinado(a): **SILVANA ALVES DE OLIVEIRA** Sinistro: **3170346886** Data: **23/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua José Marques da Rocha, 2610 - Memore - Teresina - PI - CEP 64009-100**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP / PI** ] **2.502.210**

Data local do exame: [ **15/09/2017** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Fratura do platô tibial esquerdo. Ao exame físico, vítima apresenta cicatriz de 12,0 cm e aumento de volume no joelho, marcha claudicante e redução da força muscular e dos movimentos articulares do joelho esquerdo.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**Tratamento cirúrgico, osteossíntese com fixação com placa e 05 parafusos. Recebeu alta definitiva do tratamento médico.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do joelho esquerdo**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**Joelho esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( **X** ) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2017

Carta nº: 11224947

A/C: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170346886 ASL-0242313/17

Vítima: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

Data Acidente: 23/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2017

Carta nº: 11224995

A/C: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170346886 ASL-0242313/17

Vítima: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

Data Acidente: 23/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2017

Carta nº: 11304706

A/C: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170346886 ASL-0242313/17

Vitima: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

Data Acidente: 23/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

