ProceComCiv 0828651-38.2019.8.18.0140
SILVANA ALVES DE OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

10065412 - CONTESTAÇÃO (2724619 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 03/06/2020 11:58:56

03 Jun 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 10065411 - CONTESTAÇÃO
  - 10065412 - CONTESTAÇÃO (2724619 CONTESTACAO 01)
  - 10065416 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2724619 CONTESTACAO Anexo 02)
  - 10065417 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 10065418 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
  - 10065419 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

11:59

15 de 13

downloadBinario.seam 1 / 12

2724619- C3/ 2020-02123/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08286513820198180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

protocolo.pdf | pasta 2015-04869....pdf | protocolo.pdf | protocolo.pdf | protocolo.pdf | Exibir todos

PT 11:59 03/06/2020

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08286513820198180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **SILVANA ALVES DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **23/01/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **19/05/2017**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015[2].

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC[3].

---

[1][1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

[2][1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

[3]"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE**. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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**

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

> ***"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."***

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **23/01/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).**

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

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009,em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais[4].

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ[5].

---

[4]RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

[5]**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

> Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e
>
> Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios[6], ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

---

[6] *"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA.* ***INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO****. Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2.* ***A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor****."(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).*

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[7].

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[8]

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

---

[7] "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

[8] ***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO,** inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 28 de maio de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R$ 13.500,00	R$ 10.125,00	R$ 6.750,00	R$ 3.375,00	R$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R$ 9.450,00	R$ 7.087,50	R$ 4.725,00	R$ 2.362,50	R$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R$ 6.750,00	R$ 5.062,50	R$ 3.375,00	R$ 1.687,50	R$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R$ 3.375,00	R$ 2.531,25	R$ 1.687,50	R$ 843,75	R$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R$ 1.350,00	R$ 1.012,50	R$ 675,00	R$ 337,50	R$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **SILVANA ALVES DE OLIVEIRA**, em curso perante **a 4ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08286513820198180140.

Rio de Janeiro, 28 de maio de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta n°: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00729/00730 - carta_03
00080365

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2017

Carta n°: 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.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00673/00674 - carta_02
00080337

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta n°: 11735049

A/C: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

Sinistro:	**3170346886 ASL-0242313/17**
Vitima:	**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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01111/01112 - carta_15R
00040556

Autorizacao de pagamento

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 2502250 EXPEDIDO POR SSP/PI EM 27/01/15 E CPF 041811413-73 /CNPJ ___-___-___. 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 445/2012, 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 (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL 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/beneficários.**

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.

UNIÃO 14 JUN 2017 Seguradora

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) 0326 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00014751-8 OP-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.

Teresina 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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0065430-2

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.748/0001-49 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 000703131

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
MAIO/2017	25/05/2017	137	88,76

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

DADOS DA LEITURA

Atual:	
Anterior:	8174
Constante de Multiplicação:	8037
Consumo Medido:	1,000
Consumo Faturado:	137

DATAS DA LEITURA

Atual:	
Anterior:	18/05/2017
Próxima Leitura:	18/04/2017
Emissão:	19/06/2017
Apresentação:	18/05/2017

137 FCAM 18/05/2017

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ocupação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses

HISTÓRICO KWH

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 TRIBUTOS:
0 A 137 - 0,454502

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	137 A R$ 0,593424 =	81,29
CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)		7,47
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,10	

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
04/2017	83,28

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/06/2017, em função das contas reavisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem(m) conta(s) vencida(s) e já reavisada(s) no valor de R$ 3.164,15 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Distribuição:	
Energia:	22,61
Transmissão:	27,74
Encargos:	3,34
Tributos:	8,62

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$

Base de Cálculo:	81,29
Alíquota ICMS:	20,00%
Valor do ICMS:	16,25
Valor do PIS:	0,48
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 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.748/0001-49 | Insc. 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: 009
DT.VENC.: 25/05/2017 IRREG.: 000 COLETOR: 1312

UNIÃO
23 JUN 2017
Seguradora

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INI

Autorizacao 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 Oliveira

PORTADOR(A) DO RG Nº 2502210 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 27/01/15 E CPF 091.801.703-73 /CNPJ ___.___.___-___, 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 Lotéticas 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 benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL 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/beneficários.**

UNIÃO 17 JAN 2017 Seguradora

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) 14751-8

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 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.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: 3828.013.00014751-8
NOME: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA

UNIÃO
07 JUL 2017
Seguradora

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

Delegacia Geral da Polícia Civil – Gerência de Polícia Especializada

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 ocorrencia

Endereço
AV. MARANHÃO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência
PONTE JOSÉ SARNEY (PONTE DA AMIZADE)

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA — Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante
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

UNIÃO 23 JUN 2017 Seguradora

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

Delegacia Geral da Polícia Civil – Estado do Piauí – Gerência de Polícia Especializada
Delegado de Polícia

Teresina

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA
Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074
TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

UPA 24h

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA		**Prontuário:**	68921
Mãe: MARIA SANTANA ALVES DE OLIVEIRA		**Pai:** DOMUINGOS ALVES DE OLIVEIRA	
End.Resid.: RUA JOSE MARQUES DA ROCHA 4512 - MEMORARE - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 22/09/1977	**Idade:** 39a:4m:1d	**Sexo:** Feminimo	**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 TRANSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Area Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	MMSSII	Fratura fechado sem desvio	Amarelo

Breve História Clas. Risco:
PCTE TRAZIDA PELO SAMU DO HOSPITAL DE BUENOS AIRES COM FRATURA EM MIE, NEGA COMORBIDADES E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Ass.Profissional Clas. Risco:

SSVV: (Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 0 bmp	Pressão: 0 mmHg

DADOS CLÍNICOS:
TRAUMA EM JOELHO
RX COM FRATURA DE PLATO TIBIAL
TALA E ENCAMINHO AO HPM

Diagnóstico Inicial:
?

UNIÃO Seguradora 23 JAN 2017

EXAMES COMPLEMENTARES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:
ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE DATA: / / HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

ALBERT BASILIO MEDEIROS

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

Boletim de ocorrencia

Delegacia Geral da Polícia Civil

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
Endereço: AV. MARANHÃO, Nº:
Complemento:
Ponto de Referência: PONTE JOSÉ SARNEY (PONTE DA AMIZADE)

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA — Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante
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

UNIÃO 07 MAI 2017 Seguradora

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

Delegacia Geral da Polícia Civil — Gerência de Polícia Especializada

Delegado de Polícia

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

Delegacia Geral de Polícia Civil - Gerência de Polícia Especializada - Estado do Piauí

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

Boletim de ocorrencia

Bairro
CENTRO

Município
TERESINA

Endereço
AV. MARANHÃO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência
PONTE JOSÉ SARNEY (PONTE DA AMIZADE)

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA **Tipo Envolv.:** VÍTIMA/Noticiante
RG: 2.502.210 PI
Mãe: MARIA SANTANA ALVES DE OLIVEIRA
Pai: DOMINGOS ALVES DE OLIVEIRA
Endereco: RUA JOSE MARQUES DA ROCHA, Nº 2610
Bairro: MEMORARE
Cidade: TERESINA

UNIÃO 01 AGO 2017 Procuradora

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 2015, 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.

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 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 vitima.(passageira da moto). Declarações do mesmo.

Teresina, 21/07/2017

Dário Santana de Sousa

Dário Santana de Sousa
Averbante/condutor da moto

Haroldo Bonfim de Oliveira

Haroldo Bonfim de Oliveira
Ag. de Policia
0095150

Delegacia Geral da Polícia Civil
Estado do Piauí
Gerência de Polícia Especializada

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 vitima.(passageira da moto). Declarações do mesmo.

Teresina, 21/07/2017

Dário Santana de Sousa

Dário Santana de Sousa
Averbante/condutor da moto

Haroldo Bonfim de Oliveira

Haroldo Bonfim de Oliveira
Ag. de Policia
0095150

Delegacia Geral da Polícia Civil
Gerência de Polícia Especializada

UNIÃO
01 AGO. 2017
Seguradora

Declaracao de Inexistencia de IML

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Silvana Alves de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 2502210 e inscrito no CPF/MF sob o nº 041811413-73, residente e domiciliado na Rua José Marques da Rocha, 2610, Memorare 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.

UNIÃO
23 JUN 2017
Seguradora

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

Comprovante de residencia

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Silvana Alves de Oliveira

RG nº 2502210, data de expedição 27/01/15, Órgão SSP/PI

CPF nº 041 811 413-73, 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 (Rua/Avenida/Praça)	Rua José Marques da Rocha
Número	2610
Apto / Complemento	
Bairro	Memorare
Cidade	Teresina
Estado	Piauí
CEP	64.000.000
Telefone de Contato	(86)98848-6923 / 3234-8541
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina, 20/06/2017

Assinatura do Declarante: Silvana Alves de Oliveira

UNIÃO
23 JUN 2017
Seguradora

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0051867-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 05.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.353-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série D-1
Modelo especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/99

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.

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	
Atual:	8635	
Anterior:	8452	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	183	FCAM
Consumo Faturado:	183	

DATAS DA LEITURA	
Atual:	25/05/2017
Anterior:	24/04/2017
Próxima Leitura:	26/06/2017
Emissão:	25/05/2017
Apresentação:	25/05/2017
	31

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	201

HISTÓRICO kWh

Mês/Ano consumo

ABR/17	187
MAR/17	178
FEV/17	195
JAN/17	171
DEZ/16	201
NOV/16	197
OUT/16	205
SET/16	229
AGO/16	211
JUL/16	201

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 180 - 0,451875

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	183 A R$ 0,601768 =	110,12
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		10,12
DOACAO LBV - 0800 055 5099		25,00
CORRECAO MONETARIA IG 03/17-00		0,10
MULTA POR ATRASO 03/17-00		4,09
JUROS DE MORA DE IMPO 03/17-00		3,07
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	5,48	

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DO VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
04/2017	148,18

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/06/17, caso não pagamento por parte do consumidor no dia anterior. Incluso da data do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

UNIÃO
23 JUN 2017
Seguradora

Declaramos quitados debitos desta UC no ano de 2016 (Lei 12007/09).
LIGUE 0800 086 0800 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$	
Distribuição:	30,61
Energia:	37,56
Transmissão:	4,53
Encargos:	11,68
Tributos:	25,74

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$	
Base de Cálculo:	110,12
Alíquota ICMS:	20,00%
Valor do ICMS:	22,02
Valor do PIS:	0,66
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

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR – R$
0051867-0	152,50
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
05/2017	01/06/2017

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 05.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.353-5

Nº da Nota Fiscal: 000987663 FCAM

83670000001 3 52500017000 7 00000000051 3 86700517008 1

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residencia

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 (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.

UNIÃO 23 JUN 2017 Seguradora

Local e Data: Teresina, 23/06/2017

Assinatura do Declarante: Márcia Vital de Lima

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
CNPJ: 06.840.740/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.380-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pela SF/AE 06/95

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 residencia

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	
Atual:	8635	
Anterior:	8452	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	183	
Consumo Faturado:	183	FCAM

DATAS DA LEITURA	
Atual:	25/05/2017
Anterior:	24/04/2017
Próxima Leitura:	26/06/2017
Emissão:	25/05/2017
Apresentação:	25/05/2017

NORMAL 31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	201

HISTÓRICO kWh

Mês/ano	consumo
ABR/17	187
MAR/17	178
FEV/17	195
JAN/17	171
DEZ/16	201
NOV/16	197
OUT/16	205
SET/16	229
AGO/16	211
JUL/16	201

TARIFA SEM TRIBUTOS:
D.A 183 - 0,451075

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	183 A R$ 0,601768 =	110,12
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		10,12
DOACAO LBV - 0800 055 5099		25,00
CORRECAO MONETARIA IG 03/17-00		0,10
MULTA POR ATRASO 03/17-00		4,09
JUROS DE MORA DE IMPO 03/17-00		3,07
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	5,48	

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
04/2017	148,18

Unidade consumidora suspensa de fornecimento de energia elétrica a partir de [illegible] no pagamento por dare ensejar tarifa e inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

UNIÃO 01 JUN 2017 Seguradora

Declaramos quitados debitos desta UC no ano de 2016 (Lei 12007/09)
LIGUE 0800 086 0800 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO DAC6.B45D.9F43.8089.5681.B041.8C22.9EA8

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$	
Distribuição:	30,61
Energia:	37,56
Transmissão:	4,53
Encargos:	11,68
Tributos:	25,74

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$	
Base de Cálculo:	110,12
Alíquota ICMS:	20,00%
Valor do ICMS:	22,02
Valor do PIS:	0,66
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-MACAUBA 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: 06.840.740/0001-89 Insc. Estadual: 19.301.380-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR – R$
0051867-0	152,50
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
05/2017	01/06/2017

Nº da Nota Fiscal: 000987663 FCAM

83670000001 3 [illegible] 00051 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 (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.

UNIÃO 07 JUL 2017 Seguradora

Local e Data: Teresina, 07/07/17

Assinatura do Declarante: Marcia Vital de Lima

Declaracao Circular SUSEP 445/1

DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP[1] 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[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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

UNIÃO
23 JUN 2011
Seguradora

Declaracao do proprietario do vei

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Dario Santana de Sousa,

RG nº 3239-350, data de expedição 07/10/15,

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 615.381143-48, com

domicílio 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 era

Dario Santana de Sousa.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda / CG 125 FAN
Ano: 2016
Placa: PSP 3059
Chassi: 9C2JC6900GR402971

Data do Acidente: 23/01/2017

3º OFÍCIO

Local e Data: Teresina, 19 de maio de 2017

Dario Santana de Sousa
Assinatura do Declarante

UNIÃO 27 JUN 2017 Seguradora

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

Cartório Theoristocles Sampaio
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PESSOA
RUA LEZANDRO MOQUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (0086) 3221-7696 - Email: www.3oficionotas@cartoriosampaio.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE:DARIO SANTANA DE SOUSA. DOU FE.-EM TEST. -DA VERDADE.-TERESINA-PI;19/05/2017.,Emol:3,60 TJ:0,72 Selo:0,25 Total:4,57 Selo:AAP.93814/(FSEUP98)
JUDITE DE CASTRO CARDOSO-Escrevente Autorizada.

☐ Tabelia Cartorio Theoristocles Sampaio ☐ Escrevente autorizado
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escrevente Comissionada
Teresina - PI

Selo de Fiscalização e Autenticidade - Poder Judiciário - Estado do Piauí - Anexo de Notas, Registro e Reconhecimento de Firma
AAP 93814

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Dário Santana de Sousa
ASSINATURA DO TITULAR

0720692

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.239.350 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/10/15

NOME
DÁRIO SANTANA DE SOUSA

FILIAÇÃO
KÁTIA TORRES SANTANA DE SOUSA
JOSÉ RODRIGUES DE SOUSA FILHO

NATURALIDADE
TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO
26/11/1985

DOC. ORIGEM
CERT.NASC. 94387 L 113 F 374
EXP TERESINA-PI

CPF
605.881.143-48

MARCUS ANTONIO PINHEIRO GUIMARÃES
DIRETOR DO DETRAN

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

UNIÃO
23 JUN 2017
Seguradora

Declaracao do proprietario do veicl

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Dario Santana de Sousa,

RG nº 3239-350, data de expedição 07/10/15,

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 615 381143-48, com

domicilio 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 era

Dario Santana de Sousa.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda / CG 125 FAN
Ano: 2016
Placa: PSP 3059
Chassi: 9C2JC6900GR402971

UNIÃO 07 JUN 2017 seguradora

Data do Acidente: 23/01/2017

3º OFÍCIO

Local e Data: Teresina, 19 de maio de 2017

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)

Cartório Santana

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - DRA ANA CRISTINA DE SANTANA PEREIRA
RUA LEANDRO NOGUEIRA, 1723 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (086) 3221-7816 / E-mail: atendimento@cartorioantanaoliveira.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE:DARIO SANTANA DE SOUSA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI,19/05/2017. Emol.13,60 TJ:0,72 Selo:0,25 Total:14,57 Selo:AAP 93814 (FJ-0798)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO-Escrevente Autorizada

Selo de Fiscalização e Autenticidade Poder Judiciário Estado do Piauí Anos de Notas Registro e Títulos RECONHECIMENTO DE FIRMA AAP 93814

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

OFÍCIO DE NOTAS 3º

Documentacao medico – hospital

HOSPITAL DO BUENOS

DATA: 23/01/2011 HORA: 07:34 USUARIO:
SETOR: UTI CLINICA PEDIATRIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: SILVA ALVES DE OLIVEIRA
IDADE: 37 ANOS NASC: 22/07/1973
ENDEREÇO: RUA CORAL MARGARIDA DA SILVA
BAIRRO: MUTUIRAGA
CEP: 1019304 UF: PE
PAI: DOMINGOS ALVES DE OLIVEIRA MÃE: MARIA SANTANA ALVES DE OLIVEIRA
RESPONSAVEL: O PROPRIO
ATENDIMENTO: ACIDENT TRANSITO MOTOCICLISTA/PASSG VEIC
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: 140 x 100 mmHg PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

MAIOR QUEIXA: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: __/__/__

Trauma

EXAMES DA ENFERMAGEM: Dor no joelho E. Queda de motocicleta

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO:

Valfrido IM
Ignacio IM

TRANSFERIDO DA PEDIATRIA:

8:20
Wanderley

UNIÃO
25 JUN 2011
Seguradora

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA:
MOTIVO: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] OBSERVAÇÃO
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
DESTINO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] OUTRA [ ] NATAL PATUL

Dr Walner Santos Filho
Medico
CRM-AL 5512 CRM-PI 3211

Dávio Santana de Souza
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL CARIMBO/ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

HOSPITAL GERAL DO BUENO AIRES
ENTREGUE
Documento Confere Conforme Original
THE 04/02/12

Setor Produção

Teresina **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA**
Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3284 7074
TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

UPA 24h

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 08/06/2017 [illegible]
User: EDMAR JUNIOR
Estação: UPA-[illegible]

DADOS DO PACIENTE:

Nome: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA			**Prontuário:** 68921
Mãe: MARIA SANTANA ALVES DE OLIVEIRA		**Pai:** DOMUINGOS 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:
[illegible] PELO SAMU DO HOSPITAL DO BUENOS AIRES COM FRATURA EM MIE. NEGA COMORBIDADES [illegible] MEDICAMENTOSA.

ELIDIANNE MAIRA [illegible] CARVALHO
[illegible] PI
Em: 23/01/2017 11: [illegible]

Ass.Profissional Clas. Risco:

SSVV: (Hora: :)

Peso:	Altura:	IMC:	Pulso:	Pressão:
0,00 Kg	0,00 M	0,00 Kg/m2	0 bmp	0 - mmHg

DADOS CLÍNICOS:
TRAUMA EM JOELHO
RX COM FRATURA DE PLATO TIBIAL
TALA E ENCAMINHO AO HPM

Medicamento Inicial:
?

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: :

CT 577.205/0015-32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio [illegible] 2810
Renascença III - CEP 64.082-110
Teresina - PI

UNIÃO Seguradora 23 JUN 2017

Assinatura Paciente ou Responsável

EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Municipal de Saúde

HOSPITAL GERAL DE BUENOS AIRES

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a senhora SILVANA ALVES DE OLIVEIRA, portadora da identidade nº 2.502.219-SSP-PI, deu entrada neste hospital no dia 23.01.17, conforme boletim de entrada nº 348901 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,

Thiago Moura Ramos
DIRETOR ADMINISTRATIVO
CPF: 026.703-[illegible] / CRA:1519-PI
HOSPITAL GERAL DE BUENOS AIRES

UNIÃO
23 JUN 2017
Seguradora

Rua Castelo do Piauí, S/N – Buenos Aires
Teresina-PI,
CNPJ 17.577.205/0003-07
86-3214-2600
financeirohgba@gmail.com

FMS
Fundação Municipal de Saúde

SUE

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: UPA	Para Unidade: UPA
Paciente: Gilmar Alves Olin	Registro:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Fratura em perna E

HD. Ao ortopedista

Data 23/01/17 08:45

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

Walmer Santos Filho
Médico
CRM-MA 3211

FICHA DE RETORNO

Da Unidade:	Para:

DIAGNÓSTICO

UNIÃO
23 JUN 2017
Seguradora

Data ___/___/___

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

OBSERVAÇÃO:

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

POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL

Confere com o(a) original que foi apresentado(a) e devolvido.
Em ___/___/___
Setor do Arquivo Técnico do HPMPI
Luiz Henrique Vasconcelos Rios - 2º TENENTE
RGPM 105.197.03-2 / Mat. 144954
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

NOME DO PACIENTE: Silvana Alves de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 205092/17.

Obs: Não fornecemos 2ª via.

UNIÃO
23 JUN 2017
Segurado

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

SUS

Nº. da Autorização de internação Hospitalar (AIH)

AIH : 2217100006076-9
UNI : HOSPITAL DA POLICIA
SILVANA ALVES DE OLIVEIRA
D.LIBERA: 31/01/2017
PROCED. : 0408050551 TRATAMENTO CIR.REGIO DE FRATURA
OP.SIST: JAIRO
CID : S821
DT. LAUDO : 23/01/2017

Orgão Emissor: M221100001

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEU

3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEU

ASS. MEDICO RESPONSAVEL

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 - Ender.: RUA JOSE MARQUES DA ROCHA 4510 MEMORARE 19 - CEP: 64008-255

16 - Munic: TERESINA

17 - Cod. IBGE: 221100 18 - UF: PI RG: 25022-10

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente cultuo de trauma, dor e deformidade em joelho Esquerdo

21 - Condições que justificam a Internação:

Necessidade de Cirurgia

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

Rx - Fratura Platô tibial (E)

23 - Diagnostico Inicial: Fratura Tibial (E)

24 - Cid Princ.: S821

25 - Cid Sec.: _____ 26 - Cid C.Ass.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado: Osteossíntese Platô tibial 0408050551

Tempo SUS

29 - Clínica: POSTO I

30 - Carater.: 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. ALMIR RIBEIRO FILHO ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA CRM-PI 2572

35 - Ass., Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.
37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.
38 - ( ) Acidente de Tabalho Trajeto.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - CNPJ Empresa:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Serie

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

45 - Vinculo com a Previdência. ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização. 31/01/17

48 - Documento

49 - Num. Documento

Carimbo Cargo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

UNIÃO
23 JUN 2011
Seguradora

Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	**FICHA DE PRONTUÁRIO** — 23/01/2017
SIM ☐ NÃO ☐	Nome: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA — Pront.: 205092
IDEM OUTROS HOSPITAIS	Nasc.: 22/09/1977 Sexo: F — Convênio: SUS - INTERNACAO
SIM ☐ NÃO ☐	Atendimento: 254800 — Enfermaria: POSTO I — ENF 118 LEITO — Leito: 118
CLÍNICA	Pai:
	Mãe: MARIA SANTANA ALVES DE OLIVEIRA
Médico Assistente	RG: 2502210
	Residência:
Permanência	RUA JOSE MARQUES DA ROCHA, Nr.: 4510, Cep: 64008255 — Bairro: MEMORARE, Cidade: TERESINA, Telefone: 86 - 88164015
CLÍNICA	

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

Paciente retorno de Trauma, dor em joelho esquerdo

DIAGNÓSTICO

Provisório: Fratura Patelar Tubral (Esquerda)

Principal: O mesmo — CID S82.1

Procedimento: Ortopedia — CID S82.1

Sintomas e Sinais Principais: Dor e deformidade em joelho (E)

Causa Médica: Luis H... RG 1051983 Chefe do Setor

Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:	Terapeutica Médica	Operação	Eficácia
☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico			☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico

UNIÃO 23 JUN 2017 Seguradora

DURAÇÃO

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

Data da Alta: 26/01/2017

Data da Hospitalização: / /

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ A Pedido ☐ Internação p/ Diagnóstico ☐ Divisão Médica ☐ Por Indisciplina ☐ Evasão ☐ P. Ambulatório	☐ Fisiologia ☐ Psiquiatria ☐ Outros	☐ 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. ALMIR REBELO FILHO ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA CRM - PI

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

BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 25 / 01 / 17
Nº DO PRONTUÁRIO 205092 SALA 07
CÓD DA CIRURGIA: 0408030051

Descrição da Cirurgia:

Paciente em DOH sob raquianestesia
Anestesia, Antissepsia, Laboração
dos campos estéreis, Acesso lateral
ao platô tibial (E), Ventralização
redução e osteossíntese do platô

Luís Hugo [illegible]
RGPM 105198193-2 [illegible]
Chefe do Setor de [illegible]

DR. ALAN PEREIRA FILHO
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - PI 2672

UNIÃO
23 JUN 2017
Seguradora

Cirurgia:
Cirurgião:
1º Auxiliar:
2º Auxiliar:
3º Auxiliar:
Instrumentador: Marcos
Circulante: Gonetti

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

BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 25 / 03 / 17
Nº DO PRONTUÁRIO 2050928 SALA 07
CÓD DA CIRURGIA: 0408050555

NOME: Silvana Alves de Oliveira
PROCEDIMENTO: Fix. plato tibial E.
CIRURGIÃO: Almir AUX: ANEST.: paulo
INSTR.: marcos CIRC.: Cavalcante INÍCIO: FIM.: SALA: 07
P.A. F.C. PESO: Glicemia Creatina Respir.
Idade Sexo ASA
AptEnf e Leito: 118 - 02
ANESTESIA: Raqui
ASA II (UEM)

0835 0855 0850

OXIGÊNIO
1 VIDE 2,5 Lmp
2 EMT 50 mg

SEQUÊNCIA

REPOSIÇÃO VOLÊMICA
5500 - 5500.

MONITORIZAÇÃO
SpO2(%) 100 100 100
E.C.G.
PaCO2(mmHg)
Bupivacaína pesada 20mg
Fentanil 50mcg
Dexametasona 10mg
Dipirona 2g
Ondansetrona 4mg
Metoclopramida 10mg
Tiopental 200mg
Ketamina 50mg
X ARGO EFIM DA ANESTESIA V.P.A. L P.A. MÉDIA
FREQUÊNCIA CARDÍACA A.P.A. DIASTÓLICA
TEMPERATURA
DIURESE (ml)

INÍCIO 0835 FIM 0950
DURAÇÃO

Técnica Anestésica: Raquianestesia - Lidocaína 2% 60mg, Bupivacaína pesada 20mg + ATB

Comentários Adicionais

MONITORIZAÇÃO
☒ ECG ☒ Oximetro
☐ PAM ☐ Capnógrafo
☒ PANI ☐ PVC

Gases	Início	Início	Fim	Total
Oxigênio				
N2O				
Ar Medicinal				

Medicamentos Utilizados

Adrenalina ___ Amp
Água dest. 10ml 01 Amp
Atropina ___ Amp
Bextra ___ Amp
Bromoprida ___ Amp
Cefazolina 1g 02 Fr
Cefalotina ___ Fr
Ciprofloxacina ___ Fr
Clonidin ___ Amp
coloide (___ Fr
Dexametazona 01 Amp
Diazepam ___ Amp
Dimerf 0,2mg 01 Amp
Dipirona 02 Amp

Dolantina ___ Amp
Droperidol ___ Amp
Efortil ___ Amp
Efredrin ___ Amp
Enflurano ___ ml
Fentanil ___ ml
Fontanil (S/C) 01 Amp
Halotano ___ ml
Hidrocortisona ___ ml
Isoflurano ___ ml
Jelco nº 20 01 Unid
Lidocaina ___ % ___ V ___ fr
Metoclopramida ___ Amp
Manitol ___ Fr

Midazolan 01 Fr
Metronidazol ___ Fr
Neocaina Pesa 0,5% 04 Amp
Narcan ___ Amp
Novabupi 0,5% ___ Fr
Nubain ___ Amp
Neocaina ___ % ___ V ___ Fr
Neocaina 0,5% isobar. ___ Amp
Neostigmina ___ Amp
Omeprazol ___ Fr
Ondasetrona 01 Amp
Polisc Cel ___ Fr
Pancurônio ___ Amp
Profenid ___ Fr

Propofol ___ ml ___ Amp
Ranitidina 02 Amp
Quelicin ___ Amp
Quelamina ___ ml
Remifentanil ___ Fr
Ringer-lactado ___ Fr
S. Fisiológ 0,9% 500ml 03 Fr
S. Glicosado 5% ___ ml ___ Fr
Scalp nº ___ Und
Tracur ___ Amp
Tramil 01 Fr
Tiopental ___ Fr

Anestesista-CRM
Paulo Henrique R. Nascimento
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.

UNIÃO
23 JUN 2017
Seguradora

IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074
TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

24h

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: SILVANA ALVES DE OLIVEIRA	Prontuário: 68921	Local:	Leito:
Tipo Sanguineo: / Fator RH:	Peso (Kg): 0,00	Altura (M): 0,00	IMC (Kg/m2): 0,00

ITEM:	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO:
	DIPIRONA 2,0 CC AD EV - 15:45 - Gilmana DECADRON 1 AMP AD EV - não tem TILATIL 20 MG AD EV - 15:45 - Gilmana	

Edmar de Sousa Lima Júnior
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI

SINAIS VITAIS:

HORA:	T:	P:	R/SatO2:	PA:	Dor:	Glicemia	Diurese

REGISTROS DE ENFERMAGEM:

UNIMED
Seguradora
23 JAN 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Silvana Alves de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

0861258

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

CPF
041.811.413-73

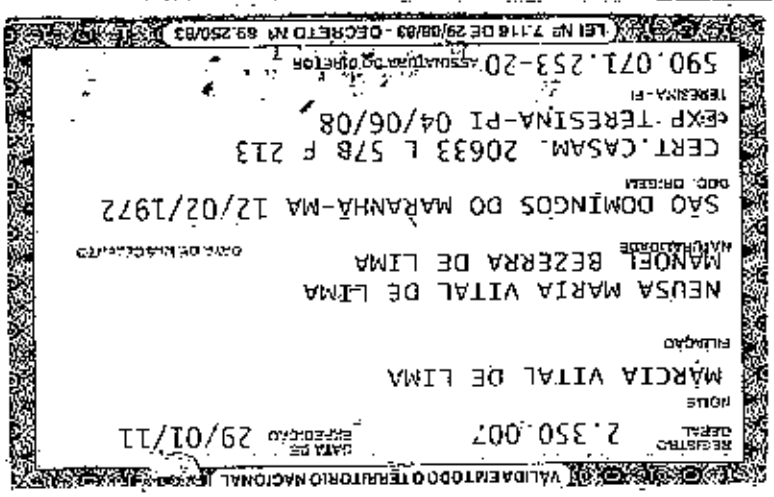
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

Documentos de Identificacao

UNIÃO
23 JUN 2011
Seguradora

Documentos de identificacao



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**

UNIÃO
23 JUN 2017
Seguradora

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).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

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

CÓD RENAVAM: 1071269645 | ANTIGO: | EXERCÍCIO: 2016

NOME: DARIO SANTANA DE SOUSA

CPF/CNPJ: 61538114348 | UF: PSP3039

PLACA ANT/UF: V.NOVO MA | CHASSI: 9C2JC6900GR402971

ESPÉCIE/TIPO: RES/MOTOCICLETA | COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125I FAN | ANO FAB: 2016 | ANO MOD: 2016

CAP/POT/CIL: 0000CP/0124 CIL | CATEGORIA: PARTICULAR | ESPÉCIE: PASSEIO

IPVA: COTA ÚNICA 43,10 | VENC COTA ÚNICA: 06/07/16
FAIXA IPVA: 1 | PARCELAMENTO/COTAS: 0,00 | 2ª | 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): 167,27 | IOF R$: 0,65 | PRÊMIO TOTAL R$: 172,07 | DATA DE PAGAMENTO: 14/07/16

MOTOR: JC69E0G402978
AF /ADM CONS NAC HONDA OP

Leana Alves dos Reis
CHEFE DO NÚCLEO
DETRAN-MA

TIMON-MA 15/07/16

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

MA Nº 012419364963 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO DESTE BILHETE AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguradotransito.com.br
S.A.C DPVAT 0800 022 1204

2016 15/07/16

1 61538114348 | PSP3039

07126906 | HONDA/CG 125I FAN

2016 | 9 | 9C2JC6900GR402971

PRÊMIO TARIFÁRIO

75,27	8,36	83,64
4,15	0,65	172,07

14/07/16

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

00100 937

M7-2015

DUT

UNIÃO
23 JUN 2017
Seguradora

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

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/RGnº 2502.210

CPF/MFnº 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

Procuracao

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

UNIÃO 23 JUN 2017 Seguradora

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo 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 idenização 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 Idenização 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

Bel. Maria Elizabeth Paiva e Silva Müller - Tabelã

Rua Lisandro Nogueira, nº 1158 - CEP: 64000-200

Fone: (86) 3221-7543 - Fax: (86) 3221-9204 - Teresina - Piauí - E-mail: sdjc@uol.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SILVANA ALVES DE OLIVEIRA. DOU FÉ. EM TESTE DA VERDADE. TERESINA, 19/06/2017 10:40
Emol. 3.60 TJ: 0.72 Selo: 0.25 Total: 4.57

LOUANY LIMA LOIANA NETO ESCREVENTE

RECONHECIMENTO DE FIRMA

AAR 08934

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 - Memorare - 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 opçõe 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, §1° do art. 3° 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.

Mauro Ricardo Ramos Bilibio - CRM: 6373 - MA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2017

Carta n°: 11224947

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.: 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, 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, 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 inicio 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

Pag. 00713/00714 - carta_01
00040357

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2017

Carta n°: 11224995

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 **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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00181/00182 - carta_03
00090091

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2017

Carta n°: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00817/00818 - carta_03
00090409