

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190426932 **Cidade:** São Félix do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDA MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 18/09/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 7/14_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 00205831052 2019

JOSE ALVES DA COSTA

CPF/CNPJ 51522365320

PLACA ANT. / UF 9C2JC4120AR083239

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ANEXO 125 FAN ES

CATEGORIA 02P/0124CC

VEIC. COTA ÚNICA 1º 1PVA

PREMIUM TOTAL (R\$) 000,00

PREMIUM TOTAL (R\$) 000,00

PREMIUM TOTAL (R\$) 000,00

PREMIUM TOTAL (R\$) 000,00

PREMIUM TOTAL (R\$) 000,00

PREMIUM TOTAL (R\$) 000,00

PREMIUM TOTAL (R\$) 000,00

PREMIUM TOTAL (R\$) 000,00

PREMIUM TOTAL (R\$) 000,00

PREMIUM TOTAL (R\$) 000,00

PREMIUM TOTAL (R\$) 000,00

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

PI Nº 013603531956 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 25/04/2019

RENAVAM 51522365320

PLACA NIF-6734

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

Nº CHASSI 9C2JC4120AR083239

PRÊMIO TARIFÁRIO 000,00

CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00

DATA DE COTAÇÃO 23/04/2019

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.348.808/0001-04

J CORRETORA DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ
SUPERINTENDÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
DIR. DE REG. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGISTRO E FISCALIZAÇÃO

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 18/08/16 HORA: 19:00 Nº DO REGISTRO:
HOSPITAL SOLICITANTE: Anbina Barba Município: São Filipe
MÉDICO: Raimundo Nonato Monteiro CRM: 6489

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiátrico () Outros

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Raimundo Mendes da Silva

Idade: 63 anos Sexo: () Masculino (X) Feminino

História: Paciente vítima de acidente de motocicleta em 18/08, com lesão profunda em região parietal D, referindo dor em nádega direita D, e probanda exposição do Hólex D.

ESCALA DE GLASSOW: 15

ABERTURA OCULAR

- X - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - A dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confuso
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 5 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Reflexo anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tem. 36,0°C P. 100 bpm R. 20 mmHg PA: 130/80 mmHg SATO: 97% O2 em 10L

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Diagnóstico (X) Higiene Vascular
- () Aspiração () Medicação
- (X) Curativo () Outros: Sutura

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Anamnese + exame físico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT
Clínica/Posto: Ortopedia

Síntese: 203609780082 PVAT

Dr. Rdo Nonato Monteiro

MÉDICO

CRM: RJ 6489

Assinatura e carimbo do Médico

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Raimunda Mendes da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 420289

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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4072

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 18/09/2016 22:44:32

(MARIA MELO)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDA MENDES DA SILVA		Prontuário: 420289	
Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA		Pai: URSULINO MENDES DA SILVA	
End.Resid.: FAZENDA BOA VISTA] - ZONA RURAL - SÃO FELIX DO PIAUI - PI - CEP: 64375-000			
Nascimento: 26/11/1952	Idade: 63a:10m:23d	Sexo: Feminino	Fone: 89-99937-0761
Responsável: CÍCERA MENDES DA SILVA		CNS: 704301513889693	
Profissão: LAVRADORA		Documento:	
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 570125	Data: 18/09/2016 22:35:47	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U R

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**Data/Hora Solicitação:** 20/09/16 00:00h **ESPECIALISTA:** NCR**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:**

TCE
TC crânio: Sem lesões que
exijam conduta PCR
C22: Sem conduta PCR

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Dr. Elton Bezerra
CRM 010.354.833-70
NEUROLOGIA
CRM 10018
CORRETORES
DE SEGUROS

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**Data/Hora Solicitação:** 19/09/16 02:15 **ESPECIALISTA:****MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:**

Der med D e E, Lr-
S6 No

Dr. Hugo José Soares da Silva
Ortopedia e Traumatologia
da Coluna Vertebral
Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



No. da Autorização de Internação Hospitalar: 173118

Orgão Emissor: 4221100901

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**AIR: 22610151034-H
UNI: H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)
RAIMUNDA MENDES DA SILVA
26/11/1992**Identificação do Estabelecimento de Saúde**1- Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA.
3- Nome do estabelecimento executorante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA.

O.LIBERA: 26/09/2016

PROCED.: 0408050470 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA

OP. 6151: CLIDENOR

CID: 8674

DT. LAUDO: 26/11/2016
13701
CLASS. MEDICO: NEUROLOGIA**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5- Nome: **RAIMUNDA MENDES DA SILVA** 6 - Prontuário: 420289
7- CNS: 704301513889693 8- Nascimento: 26/11/1952 9- Sexo: Feminino
11- Mãe: **MARIA PEREIRA DA SILVA** 12- Fone: 89-99937-076
13- Resp: **CICERA MENDES DA SILVA** 14- Cor: Parda
15- Ender: **FAZENDA BOA VISTA 1 - ZONA RURAL - CEP: 64375-000**
16- Mun.: **SÃO FELIX DO PIAUI** 17- Cod. IBGE: 220960 18- UF: PI 19- CEP: 64375-000**COM BOLETIM CIR/ANEST****JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO****1 - Principais sinais e sintomas clínicos:****PACIENTE COM FRATURA DE HÁLUX DIREITO****21 - Condições que justificam a internação:****TRATAMENTO CIRURGICO****22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):****23- Diagnóstico Inicial:****Fratura do hálux**

24- CID Prim:

26- CID C. Ass.

PROCEDIMENTO SOLICITADO27- Procedimento Solicitado:
0408050470 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS29- Clínica: 30- Caráter: Ident.: 31- Docum.: 32- Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 978.762.163-15

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

HUGO JOSE SOUSA SALES DA SILVA

34- Data Solicitação:

18/09/2016

35- Ass. Carimbo Med. Col. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador:

AUTORIZAÇÃO

47- Data Autorização:

Documento:

49- Num. Documento:

CPF

Ass. Paciente ou Responsável:

ito

José Gonçalves Cordeiro Filho

Médico Auditor DRCAN/SMS

CPF 026.400.753-15

CRM 20383/990030000

50- Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Usuário: (CECILIA BRITO)

Consulta Local: 570125

Consulta SUS:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº 173118

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 19/09/2016

NOME DO PACIENTE: Raimunda mendes de Siqueira	EPONTUÁRIO Nº: 420289
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 06
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Alcantina	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 6.5	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	40		PVPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	60	
ÁGUA OXIGENADA	ML	60		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	01		Curpom			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCDRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	3.0	02					
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							

ENFERMARIA:

CIRCULANTE: Laidiasilva

DPVAT

12 JUL 2019

DPJ CORRETORES DE SEGUROS



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Raimundo Mendes da Silva

Diagnóstico pré-operatório

Fratura Exposta de Hálux ①

Operação - Tipo

Luc + Fixação com fio R.

Cirurgião

Dr. Hugo Leal

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura Exposta de Hálux ①

Relatório Imediato do Patologista

040805070 - 5929

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Decúbito Dorsal

Anesepria + Antiespasm

Anestesia local com liberação de voz

Voz

Anesepria + Antiespasm

Posicionamento do campo cirúrgico

limpeza com SF 0,4% Algodão

Posicionamento do fio R. no Hálux

- Denervação

Suturas

Dr. Hugo José Sales da Silva
Ortopedia e Traumatologia
da Coluna Vertebral
CRM-PI 3638

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	EXT.	ENF. OCUP.	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
RAIMUNDA MENDES DA SILVA		420289	63	Ortopédica	235	EXT. 2		
DATA/HORA		PRESCRIÇÃO MÉDICA			OBSERVAÇÕES			
CÓDIGO								
DI : 18/09/2016		FRAT. HÁLUX D			10h) Alta hospitalar			
20/09/16					gripes manuais			
1		Dieta oral livre						
2		Jelco salinizado						
3		Keflin 1g amp + AD EV 6/6h			12 18 24 06			
4		Gentamicina 240mg + 100ml de SF 0,9% EV 1x/dia			22			
5		Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs			14 22 06			
6		Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs			12 18 24 06			
7		Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs			12 24			
8		Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN			1			
9		Cuidados gerais e sinais vitais						

ORSEBURN

MANITIQ ESTAYEL - PROCEJIMFATO CERA

INTERCORRENCIA: RAO X CONTROLE

SOLICITADO CD: VIDE PRESCRIÇÃO.

0562 PA: 173192

0-117

0816180

Q1112 18977A

06:00 PA- 113 x 75 mmph

2. The $\mathbb{Z}_2$ -action on $\mathbb{R}^n$ is defined by $(x, y) \mapsto (-x, y)$.

—

1000

100

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS-OPERATÓRIO - SRPA

NOME Priscilla de M. de Silva IDADE anos DATA / / 2016

HORÁRIO DE ADMISSÃO h min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL

CIRURGIA REALIZADA Fem. total (LML) CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		<u>140 / 80</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		<u>73</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)		<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME / MATRÍCULA		<u>Silveira</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
TIVIDADE MUSCULAR						
Movimenta os quatro membros	2	2	☐	2	☐	2 ☒
Movimenta dois membros	1	1	☐	1	☐	1 ☐
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	☐	0	☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO						
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	☐	2	☐	2 ☒
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	☐	1	☐	1 ☐
Tem apnéia	0	0	☐	0	☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO						
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	☐	2	☐	2 ☒
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	☐	1	☐	1 ☐
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	☐	0	☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA						
Enlaçado e orientado no tempo e espaço	2	2	☐	2	☐	2 ☒
Desperta, se solicitado	1	1	☐	1	☐	1 ☐
Não responde	0	0	☐	0	☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂						
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	☐	2	☐	2 ☒
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	☐	1	☐	1 ☐
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	☐	0	☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO						
------------------------	---	---	---	---	---	---

ESCALA DOR ALTA						
-----------------	---	---	---	---	---	---

TOTAL						<u>30</u>
ASS.						

DISPOSITIVOS () SONDA VESICAL () SONDA NASO / ORO () DRENHO DE SUÇÃO () COLOSTOMIA () DRENHO TORÁCICO () DVE () OUTROS

OBSERVAÇÃO: VOLUME / ASPECTO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

07:30 Pte. não admitida pl. equipe da unidade. Consciente, orientada, póster, respirando as condições em PO de LML + interação de natureza

08:35 Encaminhada a enfermaria

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () RT () NEU () CIR () MED

Sem Rx

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDA MENDES DA SILVA** (Prontuário: 420289)
 Endereço: **FAZENDA BOA VISTA J - ZONA RURAL - SAO FELIX DO PIAUI - PI CEP: 64375-000**
 Nascimento: **26/11/1952** Idade: **63a10m10d** Sexo: **Feminino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **173118**
 Requisição: **677222** Solicitação: **19/09/2016** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **846389** Convênio: **S U S** CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 19/09/2016

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório de fratura no hálux distal.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Controle pós-operatório de fratura no hálux distal.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/10/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 GRM-PI 2687

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDA MENDES DA SILVA** (Prontuário: 420289)
Endereço: FAZENDA BOA VISTA - ZONA RURAL - SAO FELIX DO PIAUI - PI CEP: 64375-000
Nascimento: 26/11/1952 Idade: 63a10m3d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 570125
Requisição: 677185 Solicitação: 19/09/2016 Solicitante: RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA CUNHA
Controle: 846311 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 19/09/2016

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fratura completa recente na falange distal do hallux.
- Aumento de volume de partes moles.

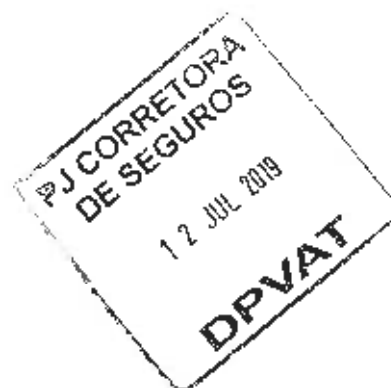
(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/09/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Contendo e Liberado por Senha em: 29/09/2016 14:31 28





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HIUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Rodeadão - Pólo: 65 1217 5145
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDA MENDES DA SILVA** (Ficha: 428286)
Endereço: FAZENDA BOA VISTA J - ZONA RURAL - SAO FELIX DO PIAUI - PI CEP: 64375-000
Nascimento: 25/11/1962 Idade: 53a10m3d Sexo: Feminino Órgão: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 570125
Registração: 577155 Solicitação: 19/09/2016 Solicitante: RAFAELLE LOUGHANE SILVA DA GUINHA
Controle: 645311 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204660150

Data Exame: 19/09/2016

PELO PODODACTILO DIREITO

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

- Fratura completa recente na falange distal do hálux.
- Aumento de volume de partes moles.

(Linha vazia)

TERESINA - PI 29/09/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

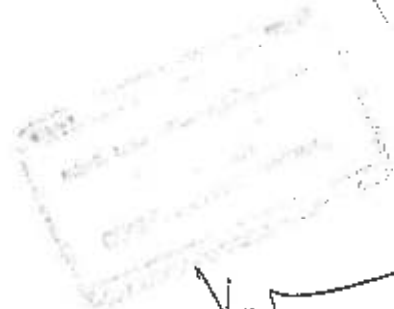
CNPJ: 133.943.173-68 CRM PI 1341

Contendo e Liberado por Sente em: 2016/09/19 14:31:28

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT





HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE TERESINA - HRT
 Rua Dr. Otto Tito 1320 - Sadeão - Fone: 36 3116 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.322.913/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDA MENDES DA SILVA** (Prontuário: 428280)
 Endereço: **FAZENDA BOA VISTA J - ZONA RURAL - SÃO FELIX DO PIAUI - PI CEP: 64375-053**
 Nascimento: 25/11/1952 Idade: 63a10m10d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 173118
 Registração: 677222 Solicitação: 19/09/2016 Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: 845369 Comentários: S U S CLINICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 329 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080150

Data Exame: 18/09/2016

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Controle pós-operatório de fratura no hálux distal.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Controle pós-operatório de fratura no hálux distal.

(Assinatura)

TERESINA - PI 08/10/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CNPJ: 045.035.043-20 CRM-PI 2227
 Profissional Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



POLEGAR DIREITO



Paímunda Mendonça Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

12 III 1987
CORRETORA
DE SEGUROS

DAVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE
EXPIRAÇÃO 10/06/1997

REGISTRO
GERAL

NOME

RAIMUNDA MELOES DA SILVA

FILIAÇÃO

Ursulina Medeiros da Silva
Marta Pereira da Silva

26/11/1952
DATA DE NASCIMENTO

NATURALIDADE

Aroazes-PI

CASSINTE
DOC ORIGEM

479 Liv. B-3 118.204 e Vº EXE
em Aroazes-PI em 13/08/1987

ASSINATURA DO DIRETOR

Francisco Chagas Pinheiro Martins

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ikv=ChocWDISssNDnIhwZDpxLWV7project=1&messageId=0.2>



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Josue Alves da Costa
RG nº 1.276.828, data de expedição 26/09/18
Órgão SSP-Pi, portador do CPF nº 545.223.653-20
com domicílio na cidade de São Felix do Piauí, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua de Contalicia, nº 511
complemento Ponte, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Raimunda Mendes da Silva, cujo o condutor era
Raimunda Mendes da Silva.
Veículo: motocicleta Modelo: Honda / CG 125 FAN ES Ano: 2010 / 2010
Placa: NIF-6734 Chassi: 9C2JC4120AR083239
Data do Acidente: 18/09/18

Local e Data: São Felix do Piauí - Pi 26.06.2019

Josue Alves da Costa

Assinatura do Declarante

Raimunda Mendes da Silva

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro)

Assinatura do sinistrado)

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

Reconheço ser verdadeira a assinatura
de: JOSUE ALVES DA COSTA
E RAIMUNDA MENDES DA SILVA

São Felix (PI), 26/06/2019

Oficial (Servidor Designado)

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registro e
Judiciais
RECONHECIMENTO
DE FIRMA

ABN 74675

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registro e
Judiciais
RECONHECIMENTO
DE FIRMA

ABN 74676

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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 Adriana Carla de Sousa Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Raimundo Mendes da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 535.449.633 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Raimundo Mendes da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 535.449.633 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Sete de Setembro</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Colêmbio Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>carlaadrianasousa@gmail.com.br</u>	CEP: <u>64.325.000</u>	Tel.(DDD): <u>(86) 999816008</u>

Local e Data: Colêmbio Veloso, Pi - 09.07.2019

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

12 JUL 2019

DPVAT

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | 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 024239990

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\$)
JULHO/2019	17-07-2019	85	51,91

RAIMUNDA MENDES DA SILVA
LC BOA VISTA S/N FAZ. SAO SEBASTIAO B-RURAL
CPF: 00053514963304

DATEP 0641375-000 - SAO FELIX DO PIAUI

Atual:		DATAS DA LEITURA	
Anterior:	9742	Atual:	
Constante de Multiplicação:	9657	Anterior:	10/07/2019
Consumo Medido:	1,000	Próxima Leitura:	10-06-2019
Consumo Faturado:	85	Emissão:	08-08-2019
Forma de Faturamento:	Código de Irregularidade: 85	Apresentação:	09-07-2019
		Dias de Consumo:	10-07-2019
NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto
			Código Pat. Média 12 meses

RURAL RICO kWh	MONO	A1083828	ESCRICAO DA CONTA 4.1.2.1	89
Mês/ano consumo				

JUN/19	81	CONSUMO	85 A R\$ 0,606471 =	51,55
MAI/19	94	BONUS ITAIPU - ART. 21 LEI N.		0,88-
ABR/19	73	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00		0,12
MAR/19	79	MULTA POR ATRASO 06/19-00		0,99
FEV/19	71	JUROS POR ATRASO 06/19-00		0,13
JAN/19	89	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0		
DEZ/18	81			
NOV/18	101			
OUT/18	96			
SET/18	111			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 85 - 0,435710



NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Até o dia 09-07-2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar pelas datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, através de contato por meio das nossas canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

TIM BLACK

Página 1 de 4

R\$ 215,71

VENCIMENTO

25/04/2019

EMIÇÃO: 07/04/2019

POSTAGEM: 16/04/2019

FATURA: 375919025

CLIENTE: 16742307

CPF/CNPJ: 845.894.105-8

ACESSO: 86.999.99.3000

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

RUA SETE DE SETEMBRO, 244

CENTRO

64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

IMPORTANTE PARA ADRIANA

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/MAR A 06/ABR

Prezado cliente, excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 28/04/2019, sem cobrança de juros e multa.

Serviços TIM S.A.	VALOR
☒ Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 199,99
☒ CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,39
☒ OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 1,46
☒ COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 8,97

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

DESCRIÇÃO DA CONTA

Serviços que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 199,99
10 GB de Internet	10GB	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 5,39
Minutos locais e DDD com 41	ilimitado	109m54s	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 1,46
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 8,97
TIM Music	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 0,00
TIM Banca Virtual	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 0,00
TIM Backup 30GB	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 0,00

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

POSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 1,01
JNS	30%	R\$ 150,00	R\$ 45,30	FUNTEL: R\$ 0,30
SHOOFINS - Serviços Telecom	3,65%			
SHOOFINS - Serviços Não Telecom	4,65%			
SHOOFINS - Serviços Não Telecom	5,25%			

Atendimento 07/04/2019
Contribuições do FUST (3%) e FUNTEL (0,3%) não são repassadas ao cliente

Informações Complementares - Planos	
Inclusão de (s) Plano(s)	
Franquia(s)	R\$ 145,49
SVA	R\$ 54,50
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00

**PU CORRETORA
DE SEGUROS**

12 JUL 2019

DPVAT

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e pagar suas faturas diretamente no cartão de crédito ou débito. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento: 1056

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
ABR/2019

DATA DE EMISSÃO
07/04/2019

DATA DE VENCIMENTO
25/04/2019

VALOR
R\$ 215,71

VIA BANCÁRIA

84610000002 - 1 15710109011 - 4 00375919025 - 3 40421536776 - 4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Para consultas con:
Electrobras, informe
al 0800 40 11 11

SET CODING

1131812-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

OW: 06.940.746/0001-09 | www.Engelbert 19.301.383-5

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série D-1

Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 014839991

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\$)
DEZEMBRO/2018	18/12/2018	81	49,31

RAIMUNDA MENDES DA SILVA

1.C BOA VISTA S/N FAZ, SAO SEBASTIAO KURAI
CBE: 3004 2504 22 12 01

CPF: 00053514963304

CEP: 64.375-000 - SAD FELIX DO PLAUT

DADOS DE LEITURA		DATAS DE LEITURA	
Atual:	9170 kWh	Atual:	12/12/2018
Anterior:	9089	Anterior:	12/11/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	09/01/2019
Consumo Médio:	81	Emissão:	10/12/2018
Consumo Faturado:	81		12/12/2018

NORMA

Cambridge International Examinations

Grande Comunità 30

© 2005 DAVID D. CONSUMERS

FORMULÁRIO DE CHAMADA DE CONSUMIDORA					
Class. Nacional	Ano	Nome do Produto	Preço	Código Fiel	Média 12 meses

NOV/18	11
OCT/18	10
SEP/18	12
AUG/18	10
JUL/18	84
JUN/18	91
MAY/18	85
APR/18	90
MAR/18	74
FEV/18	90

TARIFA 324 TRIBUTOS:
0 A 31 - B: 418066

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

4-7 JUL 2019

REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,84% A PARTIR DE 02/12/2014, CONFORME RESOLUCAO ANEL 2.440/2013.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO JENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Até o dia 10/12/2010, não constamos falhas ocorridas nesta Unidade Consumidora.

DPVAT

[illegible]

COMPANHIA SANEAMENTO - AS		DOCTO - FERRAS	
Distribuição:	18,07	Base de Cálculo:	22,00%
Energia:	2,84	Alíquota ICMS:	10,50
Transmissão:	2,88	Valor do ICMS:	0,70
Encargos:	14,46	Valor do PIS:	3,26
Taxas:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	VIC			VIC			DATE	INCR
	Month	Showerd	Secur	Month	Showerd	Secur		
Inside	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14	Normal
Outside	0,00			0,00			0,00	

NOVO ORIENTE

10/2018

19-60



SU CỐNG

1131812-0

TOTAL A #PAGEAR - R5

510



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SUPERINTENDÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA
DIRETORIA DE REGISTRO, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E FISCALIZAÇÃO

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 18/08/16 HORA: 19:00 Nº DO REGISTRO: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: Anbina Barão Município: São Felix

MÉDICO: Raimundo Nonato Monteiro CRM: 6489

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiátrico () Outros

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Raimundo Mendes da Silva

Idade: 63 anos Sexo: () Masculino (X) Feminino

História: Paciente vítima de acidente de motocicleta em 18/08/16, com lesão profunda e em região parietal D, atingindo os arcos cerebrais D, a proba exposta do Hólex D.

ESCALA DE GLASSOW: 15

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
X - Espontânea	5 - Orientado	5 - Obediência a comandos
3 - Comandos	4 - Confusa	5 - Localização
2 - A dor	3 - Palavras inapropriadas	4 - Movimentos de retirada
1 - Nenhuma	2 - Palavras incompreensíveis	3 - Flexão anormal
	1 - Nenhuma	2 - Extensão anormal
		1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS: Tax: 70 C P: 100 bpm R: 20 mmHg PA: 130/80 mmHg SAT: 97% Glucose: 107 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Diagnóstico (X) Fibrilação Ventricular
() Aspiração () Medicação
(X) Curativo () Outros: Sutura

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Anamnese + exame físico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HVT Clínica/Posto: Ortopedia

Série: 903609180085

Dr. Rdo Nonato Monteiro

MÉDICO

CRM: 6489

Assinatura e carimbo do médico

PJ CORRETORA DE SEGUROS

12 JUL 2019

PRIVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **535.149.633-04** Nome completo da vítima: **Raimunda Mendes da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

Nome completo: **Raimunda Mendes da Silva** CPF: **535.149.633-04**

Profissão: **Aposentada** Endereço: **Localidade: Boa Vista** Número: **517** Complemento: **zona rural**

Bairro: **zona rural** Cidade: **São Felix do Piauí** Estado: **Piauí** CEP: **64.375-000**

E-mail: **Recusou-se.** Tel (DDD): **(86) 99981-6008**

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1606** CONTA: **76.126** **(4)** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **São Felix do Piauí - PI 09.07.2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

POUPANÇA



6277 8017 5738 0609

6277

VALIDO ATÉ

10/24

RAIMUNDA MENDES DA SILVA

1606 013 00076126-4

elo

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 184/2019

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI Resp. pelo Registro: MARCO SUEL DA SILVA
Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR Data/ Hora: 26/06/2019-10:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI Data/ Hora: 18/09/2016-17:00
Município: SÃO FELIX DO PIAUÍ-PI Bairro: ZONA RURAL
Endereço: PI-225
Complemento:

DADOS DO INFORMANTE

Nome: RAIMUNDA MENDES DA SILVA
Documentos: RG: 1.933.513 SSP-PI; CPF: 5351 Filiação: MARIA PEREIRA DA SILVA/URSULINO
499633-04 MENDES DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRA Endereço: POVOADO BOA VISTA
Naturalidade: AROAZES -PI Complemento:
Estado civil: casado(a) Bairro: ZONA RURAL
Profissão: TRABALHADORA RURAL Município: SÃO FELIX DO PIAUÍ-PI
Nascimento: 26/11/1952 Telefone(s):

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

- SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

Dados do Veículo:

- Tipo: motocicleta - Placa: NIF 6734
- Marca/ Modelo: HONDA CG 125 /FAN ES - Chassi: 9C2JC41200AR083239
- Ano/Modelo: 2010/2010 - Renavam: 00205831052
- Cor: PRETA - Proprietário: JOSUE ALVES DA COSTA

Narrativa:

QUE se envolveu em acidente automobilístico provocado por abarroamento em vacaque se encontrava deitado na via ;

QUE recebeu os primeiros socorro no hospital municipal da Cidade De São Felix do Piauí; sendo transferido para o Hospital De Urgência da Cidade De Teresina-PI devido a gravidade das lesões, onde foi submetido a procedimento cirurgico .

MARCO SUEL DA SILVA
Resp. pelo Registro

RAIMUNDA MENDES DA SILVA
Resp. pela Informação

BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR
Delegado de Polícia Civil



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 535.149.633-04 Nome completo da vítima: Raimunda Mendes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

Nome completo: Raimunda Mendes da Silva CPF: 535.149.633-04

Profissão: Aposentada Endereço: Localidade: Boa Vista Número: 517 Complemento: zona rural

Bairro: zona rural Cidade: São Felix do Piauí Estado: Piauí CEP: 64.375-000

E-mail: Recusou-se. Tel (DDD): (86) 99981-6008

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1606 CONTA: 76.126 41 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: São Felix do Piauí - PI 09.07.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

POUPANÇA



6277 8017 5738 0609

6277

VALIDO ATÉ

10/24

RAIMUNDA MENDES DA SILVA

1606 013 00076126-4

elo

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190426932

Vítima: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDA MENDES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 000000076126-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190426932

Vítima: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDA MENDES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190426932

Vítima: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAIMUNDA MENDES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 26/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000076126-4

Nr. da Autenticação 9020F70D6FCE612F

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237251/19

Número do Sinistro: 3190426932

Vítima: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

CPF: 535.149.633-04

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/09/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

RAIMUNDA MENDES DA SILVA : 535.149.633-04

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/07/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/07/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

OUTORGANTE:

NOME Raimunda Mendes da Silva
RG 1933.513 ORGÃO EMISSOR SSP PI CPF 525.449.633-04
NACIONALIDADE Brasileira EST. CIVIL Solteira PROFISSÃO Aposentada
ENDEREÇO Fiscalidade Boa Vista Nº SIN
BARRIO Zona Rural CEP 64.345-000 CIDADE/U.F. São Félix do Piauí, Pi
TELEFONE () - - - - - () - - - - - () - - - - -

OUTORGADO:

NOME: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

RG: 1.651.371 ORGAO EMISSOR: SSP-PI CPF 840.394.433-53

NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: AUTÔNOMO

SANGREDO: RUA SETE DE SETEMBRO Nº 244

BAIRRO: CENTRO CEP 64.325-000 CIDADE/UF: ELESBAO VELOSO-PIAUÍ

TELEPHONE: (86) 99381-6008 (86) 99473-9001 (86) 99402-2754

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR O OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUE CONFIO PODERES ESPECÍFICOS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR E SOLICITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO REFERENTE AO SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO ÀS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA E SOLICITAR REAGENDAMENTO, PODENDO SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDOS PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE A:

77982 Rainunda Mendes da Silva

CP: 535.149.633-04 DATA DO ACIDENTE 18 / 09 / 2016

ABERTURA SOLICITADA: (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DADS () MORTE

São Félix do Pinar - Pi 26.06.2019
local e data

Raimunda Mendes da Silva

Assinatura do Autorante (reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço ser verdadeira a assinatura
de: ARMANDA ALMEIDA DA SILVA

56 Feb(2), 26 / 26 / 2019

Hearte Udem de Udem Suen
Official (Servidor Designado)

Marina Odezia de O. Soares

Official undelivered

10/15/2016



NO DO PIAM
RO DURO - PI
SÃO FELIX DO PIAM

