

Upton



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Cithania Kattia dos Reis Rodrigues
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 50 2379

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
22 MAI 2019
DPVAT

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".

**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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 11/02/2019 12:00:28

User: CARO VAZ

Estação: GE33002

Nome: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES		Prontuário: 502379
Mãe: INES DOS REIS RODRIGUES	Pai:	
End. Resid.: RUA SALINOPOLIS - CIDADE LESTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 12/05/1988	Idade: 30a8m33d	Sexo: Feminino Fone: 86-99409-9092
Responsável: TANIA		CNS: 898050045098699
Profissão: DO LAR		Documento: CPF: 024.297.823-16
G. Instrução: Médico Completo		E. Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 707197	Entrada: 11/02/2019 11:41:02	Convênio: S J S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: DOR moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, NÃO USAVA CAPACETE, ECG:15. REFERE DOR EM MIE. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA		SABRINA LOHÃO C. MATA DE SOUSA COREN - 20759C Em: 11/02/2019 11:49:57

SSVV: (Hora: ____:____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
ACIDENTE COM TRAUMA NA PERNA ESQUERDA
DOR FERIMENTO LOCAL, LOTE SEM OUTRAS ALTERAÇÕES AO EXAME
RX

RAIO-X REALIZADO
DATA 11/02/2019
Técnico: _____

Diagnóstico Inicial: Fratura da diáfise da tibia	CID: 8822
--	---------------------

Exames Complementares: (1152620) - JOELHO ESQUERDO (1152821) - PERNA ESQUERDA
--

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto) DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

Dr. Caro Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3994

Assinatura Paciente ou Responsável

CARO VAZ DE OLIVEIRA NETO
CRM PI 3054 Em: 11/02/2019 12:00:24



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Cithania Xavier dos Reis Rodrigues*
Diagnóstico pré-operatório *Fístula apical Gengiva I. Fila fibroide e g.*
Operação - Tipo *LMC + Osteomintese*
Cirurgião *Dr. Flávio L. S. Lima* 1º Assistente
2º Assistente *Dr. Fábio L. S. Lima* 3º Assistente
Instrumentador(a) *Inês* Anestesista *Dr. Poliane* Anestesia *Raquel*
Anestésico(a)

Data da Operação *11.02.19* Início Fim
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 MAI 2019

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

DPVAT

Rapieragem, LMC, grelha, curativo, coágulo, debridamento, limpeza e ISTD, seu fechamento, RTFI e placa e peróxido, suti e curativo

Dr. Fábio L. S. Lima
Cirurgião



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis Nº

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE:	<i>Gi Thomaz, Keltia Jo Reis</i>	DATA:	<i>11/02/19</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Rot. apêndice</i>	PRONTUÁRIO Nº:	<i>402329</i>
ANESTESIA:	<i>Raque</i>	CIRURGIA:	<i>Lnc + p.</i>
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Raimundo</i>	Nº DA SALA:	
AUXILIAR:	<i>Aracil</i>	CPF Nº:	
ANESTESISTA:	<i>Dr. Eliane</i>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Enis</i>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

MATERIAL DE CONSUMO							
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI Nº 3	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	1		LUVA Nº 0.5	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE 11x25	UNID.	04		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	500		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	15		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Luva 7.5			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA: Luva tipo cutis			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				Enclaus 03			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				Estrecho 03			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.				Cuprom 03			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.				CORRETORA DE SEGUROS			
ALCOPII.				22 MAI 2019			
MONONYLON 2.0				DPVAT			
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: C.R.C.			
VICRYL.				CIRCULANTE: KAYANO			
PROLENE							



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AMP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Carolina Katto do	200	Ortopédica	A	234	Ext
DATA/HORA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
CÓDIGO	HORÁRIOS				OBSERVAÇÕES
11/02/2015	804				17:40 Pst admitir ela na clínica ortopedica, pro veniente de SHT em PCT Lucr osteossintese de inj. Exp. fratura pilão tibial. Pst em estado físico relativo a acidente de motocicleta, Nega doenças crônicas e alerģias. AVP em me do com carotídeo e io. Exames de Neg. PA. J. X. REALIZADO DATA 11/02/15 Médico
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTESICO				
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN				
3	RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H				
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H				
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H				
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H				
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN				
8	CURATIVO				
9	CCGG + SSV				
Assinatura do especialista de vontade					

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE ETHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES				Nº DE REGISTRO 502379		
DATA: 11.02.19	P. ARTERIAL: 130x85	PULSO: 100	RESPIRAÇÃO: luminosa	TEMPERATURA	PESO: -60	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICÊMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA ASA II E						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO hemodinâmico estável				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO MV+				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO jejuno SUs				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL consciente, orientada				CORTICÓIDES		OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura exposta tíbia				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) Letamring 10mg				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO		TOTAL DE DOSES		
		1 21/m		A. Identificação		
		2 21/m		B. Anamnese dirigida		
		3 21/m		C. Avaliação pré-Operatória		
LÍQUIDOS		SO-UTO 500		D. Monitorização		
		SANGUE 300		(SatO ₂ , ECG, PA, PI)		
		OUTROS 100		E. Posicionamento		
TEMPERATURA T		260		peitada + aquecimento		
		240		desaer		
		2		Neobloques 12,5mg		
		200		Dorol 50mg		
P. ARTERIAL V O PULSO		180		Clonidina 30mg		
		160		F. Cuidados		
		140		Cyapling 2g		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120		Delschon 4mg		
		100		Bromopridolol		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		80		Bautibug 50mg		
		60		Dipusong 2g		
RESPIRAÇÃO O		40		Letamring 100mg		
		20				
		10				
SÍMBOLOS		X 0		DURAÇÃO		
TÉCNICAS Raqueamento				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES Pro. cirúrg. fratura exposta tíbia						
CIRURGIÕES Flavio						
ANESTESISTAS Ediane Saraiva Anestesiologista CRM-913676						
2º Pck. estável, incominada						
A SRPA						
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		



Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
 Fundação Municipal de Saúde



SUS
 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

USO EXCLUSIVO NA
 REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série
Série A - Nº
459670

Carimbo da Unidade de Saúde

05.522.917/0036-081
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE "LUIZ ARRAÚJO"
 Rua Magalhães Filho, nº 152/Centro
 CEP: 64001-350 - Teresina-PI

Cithania Kátia dos
 Nome do paciente

Rua Rodrigues
 Endereço

Número de Prontuário

Bairro

laudo Médico

Atto que paciente
supracitada apresenta
patologia classificada pelo
CID-10: S822. Foi operada.
Apresenta limitação fun-
cional perna esquerda de
50%. CID-10: S822/M191

Data

19
02
19

Dr. Gildson Vasconcelos
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI 2775 / TEOD 19634

Carimbo e assinatura do(s) profissional



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: CITHANIA KATIA DOS REIS RODRIGUES

Data do exame: 19/02/2019

Id Paciente: LA411809

Data do laudo: 22-02-2019

Raio X de Perna Esquerda

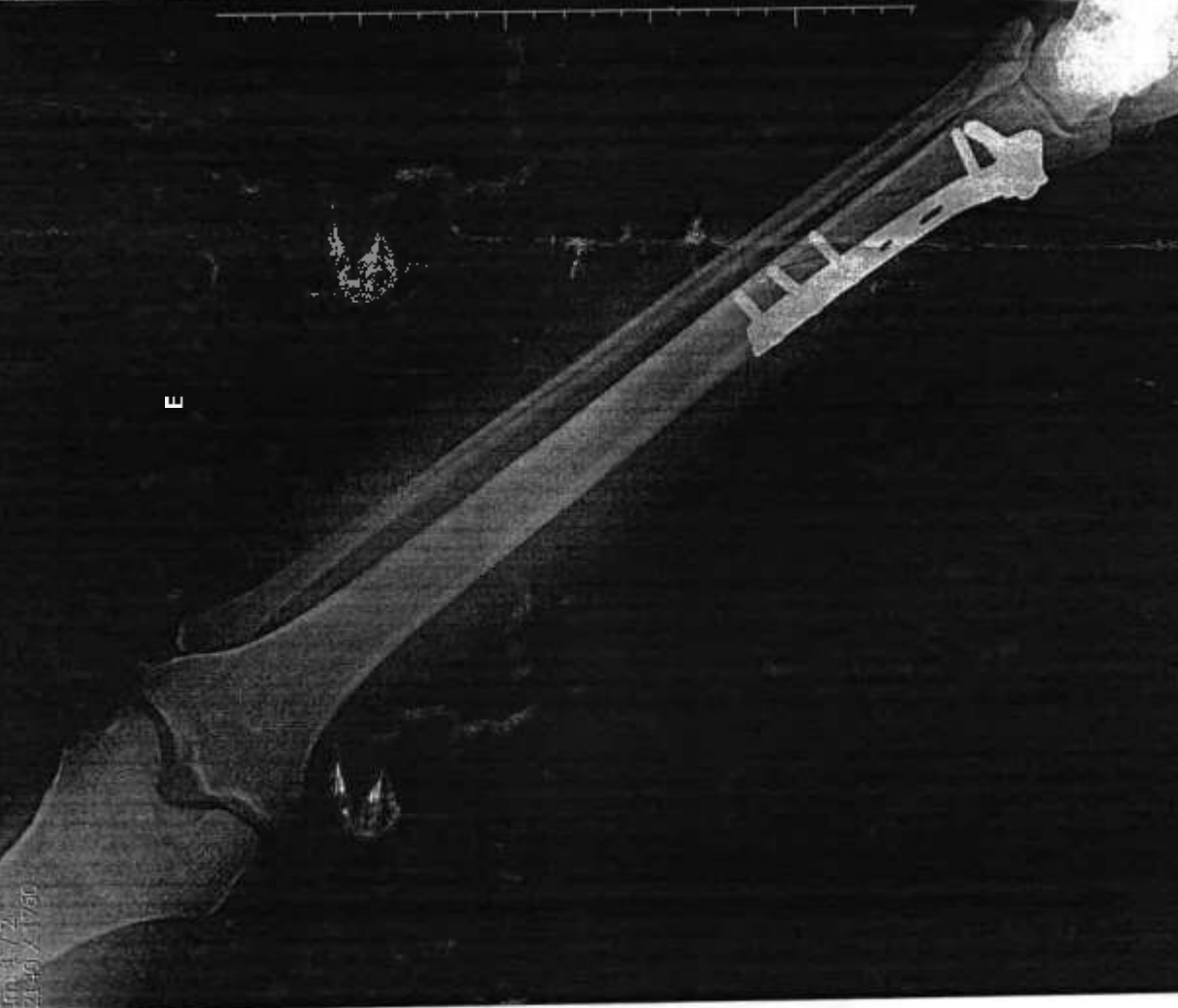
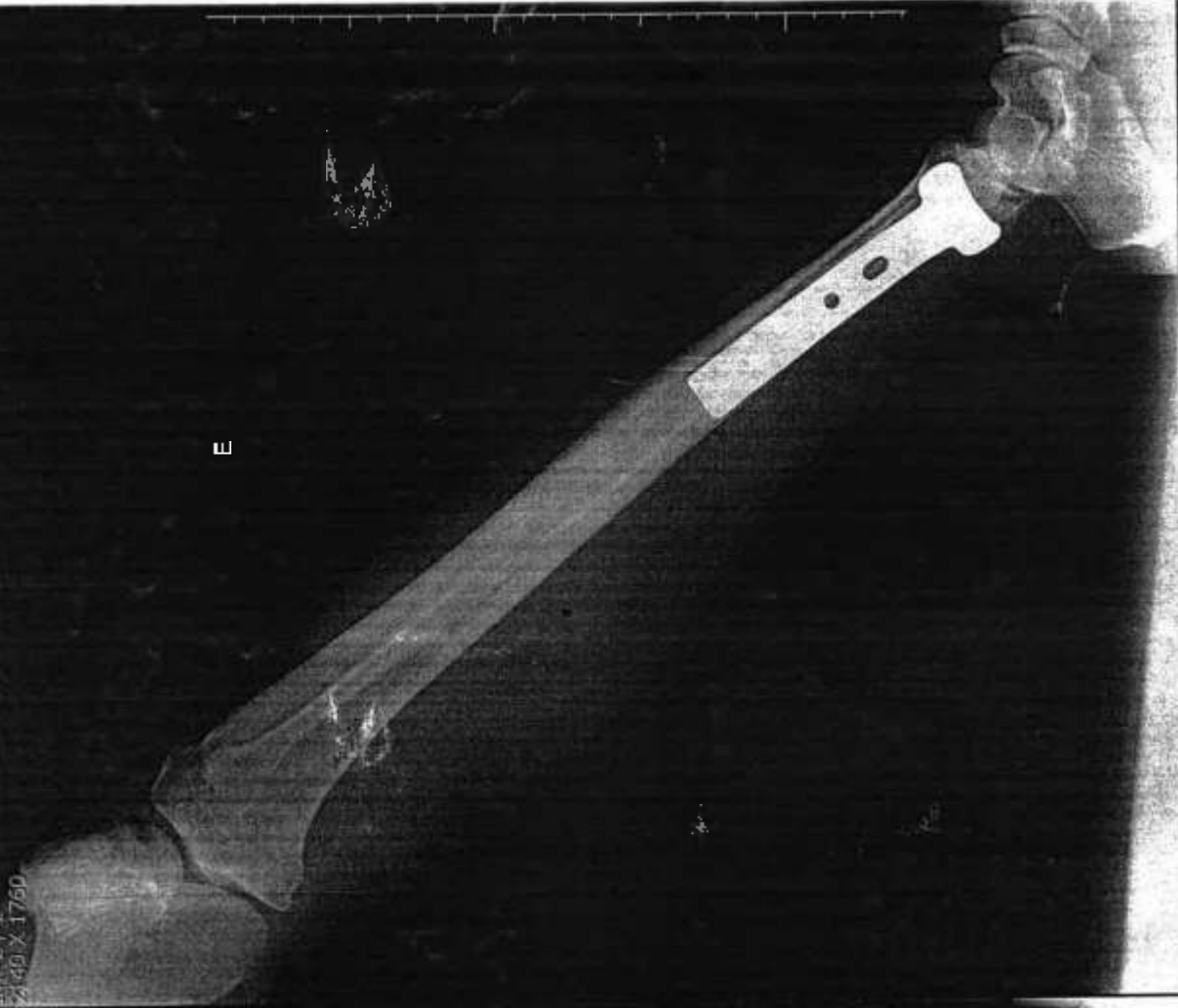
Aspecto pós-cirúrgico de osteossíntese da tibia distal com placa e parafusos metálicos de fixação.

Espaços articulares preservados.

Partes moles sem alterações.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373





equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.846.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.501.283-5
Nota Fiscal / C.A. de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
compreço. Informe
o seu NÚMERO.

SEU CÓDIGO

0604481-3

Nº da Nota Fiscal

019474278

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

CONTA MÊS

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

MARCO/2019

29/03/2019

108,02

MARIA DO DESTERRO RIBEIRO TEIXEIRA
R. SALINOPOLIS 5716
CPF: 00018541488349
CEP: 64.000-000 - TERESINA

8-URBANO

ROT: 15.001.62.44.018000

Atual:	4503	Atual:	22/03/2019
Anterior:	4392	Anterior:	20/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	23/04/2019
Consumo Medido:	111	Emissão:	21/03/2019
Consumo Faturado:	111	Apresentação:	22/03/2019
Forma de Pagamento:	MENSAL	Código de Ingresso/Identificador	34

Classe/Subclasse	Iluminação	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Médis 12 meses
0000	0000	A1676985		1.1.1.1	

PERÍODO	CONSUMO	111 A R\$ 0,88147 =	96,36
FEV/19	111	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	8,31
JAN/19	120	CORRECAO MONETARIA IG 01/19-00	0,01
DEZ/18	121	MULTA POR ATRASO 01/19-00	2,07
NOV/18	116	JUROS POR ATRASO 01/19-00	1,27
OUT/18	132		
SET/18	127		
AGO/18	133		
JUL/18	111		
JUN/18	118		
MAI/18	118		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 111 - R\$ 0,88147

DEF 9561

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano
02/2019

Valor R\$
110,44

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/04/2019. O não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do consumidor na SEREN. 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 2949.4A0C.2987.4AD9.DC5C.2F83.8A47.18E4

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição:	19,99	Base de Cálculo:	96,36	75,16			
Energia:	38,61	Alíquota ICMS:	22,00%				
Tratamento:	6,53	Valor do ICMS:		21,19			
Encargos:	4,12	Valor do PIS:	1,41%	1,05			
Tributos:	27,11	Valor do COFINS:	6,49%	4,87			

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	FIC			DABC			DACB
	Normal	Descontado	Atual	Normal	Descontado	Atual	Normal
Limite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Reserva	0,00			0,00			0,00
Condição							
Período de aplicação:				01/2019			0,00

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 MAI 2019

DPVAT

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, Inês dos Reis Rodrigues,
RG nº 1418420, data de expedição 22/10/18,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 566.356.803-49,
com domicílio na cidade de Terezina, no Estado de
Piáuí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Parda, verde lim, nº 5658,
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Cithônia Kátia dos Reis Rodrigues, cujo o condutor era
Marcelo Antonio Ribeiro Silva,
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda Biz 125 ES Ano: 2012/2013
Placa: DDV-5121 Chassi: 9C2JC4820DR026788
Data do Acidente: 11/02/19

Local e Data: Terezina 19-04-19

Inês dos Reis Rodrigues

Assinatura do Declarante

Marcelo Antonio Ribeiro Silva

Assinatura do Condutor

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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 MAI 2019

DEVAT

CARTÓRIO
Terezina
Sampaio

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lázaro Rodrigues, 123 - Centro - CEP: 64000-000 - Terezina-PI - Fone: (86) 3221-0158 - E-mail: atendimento@cartoriopj.com.br
Fiduciária: Antônia Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE INÊS DOS REIS RODRIGUES, DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE. Terezina-PI, 15/04/2019. Selo: AAC02185-7LVE
www.tjpi.jus.br/postalestra

JUDITE DE CASTRO CARDOSO-Escritora Autorizada
Emol.: 3,85 IU: 0,77 FMNP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 116
DECL DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
**CONSULTE O SEU
DIGITAL**

CARTÓRIO TEREZINOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escritora Comprossada
Terezina - PI



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU

SAMU
192

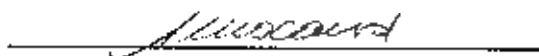
Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1534	02 Data do chamado 11/02/2019	03 PRO (código) 2897	04 Saída do PA 10:15	05 Chegada ao local 11:10
	06 Saída do local 11:20	07 Chegada ao 1º hospital 11:40	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Jaime da Silveira	11 Bairro São Cristóvão	12 Município-UF Teresina-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Por trás do Banco do Nordeste de Av. João XXIII				
Dados do Paciente	14 Nome Orléana Caíza dos Reis	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	16 Idade 30		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐	
Exame Físico	23 Glasgow = 15		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		Pulso 110 Resp. 18 PA 110/80 TAX. 98% SatO2 98%
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	1 - Iguais 2 - Desiguais		Radial 1 Central 1 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		1 - Sim 2 - Não
Hospital de Destino	29 Dor		30 Fratura		31 Procedimentos realizados
	1 - Sim 2 - Não		1 - Sim 2 - Não		1 - Sim 2 - Não
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito
	1 - Melhorado 2 - Flutuando 3 - Inalterado		1 - Melhorado 2 - Flutuando 3 - Inalterado		1 - Sim 2 - Não
Paciente vítima de acidente moto-carro de moderado impacto. com quebra de dorso em nível inferior C6. (A) Usar Aterro percolar e Colar cervical implantado (B) Exame Bat 98% em ambiente (C) PA: 110/80 mmHg e P: 110 bpm (D) Glasgow 15 e Pupilas Isocóricas (E) Ausência de ferida exposta de Hbta.					
Responsável pela recepção: Dr. Hormone Enfermeiro: Eliana Condutor: Manoel Lima					

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **11/02/2019** foi socorrida pelo SAMU a Sra. **Cithânia Kátia dos Reis Rodrigues** vítima de acidente de trânsito tendo sido removida para o Hospital de Urgência Teresina-HUT. Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou colocando na guia de atendimento o nome da mesma de **Sitânea caque dos Reis** ao invés **Cithânia Kátia dos Reis Rodrigues**.

Informamos, outrossim, que o local e horário correspondem ao informado pelo solicitante.

Teresina, 09 de Abril de 2019.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASE:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	024.297.823-16	Lithonia Katia dos Reis Rodriguez

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Lithonia Katia dos Reis Rodriguez

CPF: 024.297.823-16

Profissão: De Lar Endereço: Rua Salinópolis

Bairro: Urbome Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64000-000

E-mail: Tel.(DDD):

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

RENDA 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)

AGÊNCIA: 3808 CONTA: 9264

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora 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 (assinalar 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 assinado, 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 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 nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Teresina - PI, 11/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lithonia Katia dos Reis Rodriguez

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____ 22 MAI 2019

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASE: _____ CPF da vítima: 024.297.823-16 Nome completo da vítima: Lithonia Katia dos Reis Rodriguez

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SU/SEP Nº 445/2012

Nome completo: Lithonia Katia dos Reis Rodriguez CPF: 024.297.823-16

Profissão: De lar Endereço: Rua Salinópolis Número: 5716 Complemento: _____

Bairro: Urbano Cidade: Turizina Estado: PI CEP: 64000-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA 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)

AGÊNCIA: 3808 CONTA: 9264 8

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora 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 (assinalar 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 assinado, 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: Turizina - PI, 11/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lithonia Katia dos Reis Rodriguez

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____ 22 MAI 2019

2º Nome: _____

CPF: _____

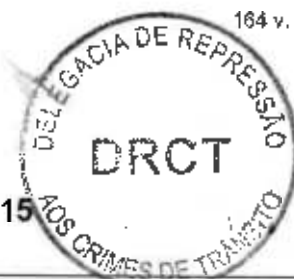
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001411/2019-15

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Susp. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 15/04/2019 - 10:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

11/02/2019 - 11:12

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

SÃO CRISTOVÃO

Endereço

RUA JAIME DA SILVEIRA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

BANCO DO NORDESTE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CITHANIA KATIA DOS REIS RODRIGUES

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 2430802

Endereço: RUA SALINOPOLIS, Nº 5716

Bairro: CIDADE LESTE

Cidade: TERESINA

Nome: MARCOS ANTONIO RIBEIRO SILVA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 250604

Mãe: MARIA DO DESTERO RIBEIRO TEXEIRA

Endereço: RUA SALINOPOLIS, Nº 5716

Bairro: CIDADE LESTE

Cidade: TERESINA

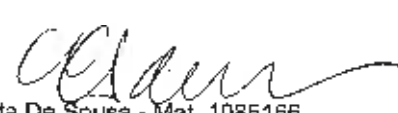
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

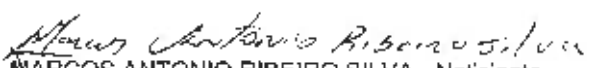
Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO/HONDA/BIZ 125 ES, ANO 2012, PLACA ODV-5121-PI, RENAVAM 505990008, CPF-56635680349 DE PROPRIEDADE; INES DOS REIS RODRIGUES, RELATA O NOTICIANTE QUE VINHA NA VIA SUPRACITADA, A VITIMA ERA GARUPA QUANDO CONDUZIA A MOTO UM CARRO DE PLACA OEF-9561-PI, BATEU NA LATERAL CAUSANDO A COLISAO, CAIU SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT;PROTUARIO:502379. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA


MARCOS ANTONIO RIBEIRO SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 MAI 2019

DPVAT

Delegado de Polícia

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190337742

Vítima: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003808

Conta: 000009204-8

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, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190337742

Vítima: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 04/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03808

CONTA: 000000009204-8

Nr. da Autenticação 246B196478A69C62

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171949/19

Vítima: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

CPF: 024.297.823-16

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES : 024.297.823-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 22/05/2019
Nome: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES
CPF: 024.297.823-16

CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Elfrânio Nêto dos Reis Rodrigues
DATA DO ACIDENTE 31/02/2019 CPF DA VITIMA 024.297.823-16
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Elfrânio Nêto dos Reis Rodrigues
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Solimões
Nº 526 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Urbano
CIDADE Luziânia UF PI CEP 64000-000
E-MAIL _____ TELEFONE (86) 98848-1923

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO INIL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INIL - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É PESSOA REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E OUTRAS
- ☐ NOTAS FISCIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É PESSOA REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DO SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 02/03/2019
IDENTIDADE 2.430.802
ASSINATURA Elfrânio Nêto dos Reis Rodrigues

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SEGURADORA DE SEGUROS

DATA 22/03/2019
NOME _____
ASSINATURA _____
DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190337742 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PILÃO TIBIAL ESQUERDO.(GUSTILO I)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS)(PÁG.8) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170422845 Nº 013405651866
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 505990008 RUA TRC 2019

IMES DOS REIS RODRIGUES

56635680349 PLACA 5121

9C2JC4820DR026788 CHASSI

PAS/MOTONETA /NENHUMA COMBUSTÍVEL

HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB 2012 ANO MOD 2013

002P/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

1 1ª IPVA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS

2 2ª PAGO

3 3ª PAGO

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

A/FID ADMINISTRADORA DE CONS M

TERESINA LOCAL 31/1/2019

AGRO MARTINS DO REGO LORAN
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

DETRAN

CONTRAN

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
22 MAI 2019
DPVAT

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

PI Nº 013405651866 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 31/1/2019

VIA 1 56635680349 CPF / CNPJ PLACA 00V-5121

RENAVAM 505990008 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB 2012 OUT YR 09 Nº CHASSI 9C2JC4820DR026788

PRÊMIO TARIFÁRIO

FINE (R\$) 36,04 DEVATIVAN (R\$) 4,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,04

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,32 TOTAL BILHETE PLUS (R\$) 84,58

DATA DE QUITAÇÃO 10/01/2019

X COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.388.888/0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



1455524

Cithânia Kátia dos Reis Rodrigues

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.430.802 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/12/17

NOME CITHÂNIA KÁTIA DOS REIS RODRIGUES

FILIAÇÃO INÊS DOS REIS RODRIGUES
MARTINHO RODRIGUES FILHO

NACIONALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 12/05/1988

DOC. CASAM. 44986 L B117 N 198

EXP TERESINA-PI 06/06/14

024.297.823-16

1455524

Francisco dos Reis Chegas Pinheiro Martins
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/04/83 - DECRETO Nº 89.250/83

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 MAI 2019

DPVAT