

Consulta processo: x 0831037-41.20: x Caixa de entrada: x Controle de documentos: x Audiências: x Upload: x Merge PDF file: x WhatsApp: x

tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=356740&ca=a9d5e712a0f1f38c4162622bda586a11e0c...

ProceComCiv 0831037-41.2019.8.18.0140
CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO...

10889222 - CONTESTAÇÃO (2735054 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 22/07/2020 09:29:36

22 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10889210 - CONTESTAÇÃO
 - 10889222 - CONTESTAÇÃO (2735054 CONTESTACAO 01)
 - 10889225 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10889227 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web (1))
 - 10889228 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10889232 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 11

2735054- CS/ 2020-02569/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+proc adm.pdf Exibir todos

PT 09:29 22/07/2020



Número: **0831037-41.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **14/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES (AUTOR)		IGOR DE LIMA CABRAL (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10889 225	22/07/2020 09:29	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Ultr



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



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: 36 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-00

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

Imp: 11/02/2019 12:00:28
User: CARO VAZ
Estação: GESS002

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: 86-59409-9092
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: 0331060029
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 VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, NÃO USAVA CAPACETE, ECG:15. REFERE DOR EM MIB. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA		SABRINA LOBAO C. MALA 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: ____:____

Assinatura Paciente ou Responsável,

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





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Cithania Xavier dos Reis Rodrigues</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Físt. aperto Gentil I. físt. fibro e g.</i>		
Operação - Tipo <i>LMC + Osteomíntese</i>		
Cirurgião <i>Dr. Flávio</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Inês</i>	Anestesista <i>Dr. Oliveira</i>	Anestesia <i>Raquel</i>

Anestésico(a)		
Data da Operação <i>11.02.19</i>	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

*Rapicueiro, DOK, grupo, cutâneo,
córneo, debridamento, limpeza e físt.
em drenagem, Rf e placa e porop.
no suture e curativo.*

[Assinatura]
[Rubrica]

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Giuliano, Rellio da Silva DATA: 11/02/19
DIAGNÓSTICO: Res. apendicite PRONTUÁRIO Nº: 402320
ANESTESIA: Peridural CIRURGIA: Lnc + Hs
CIRURGIÃO: Dr. Flávio Nº DA SALA: _____
AUXILIAR: Dr. Flávio CPF Nº: _____
ANESTESISTA: Dr. Eliane CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: Flávia CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 3	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.			LUVA Nº 0.5	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE <u>M-25</u>	UNID.	04		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	06		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.			<u>luva 7.5</u>			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA: <u>Conteúdo tipo cateter</u>			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				<u>Endovis 03</u>			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				<u>Endovis 03</u>			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.				<u>Criptom 03</u>			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOPII.							
MONONYLON <u>2.0</u>							
FITA UMBILICAL							
VICRYL				ENFERMARIA: <u>CVC</u>			
PROLENE				CIRCULANTE: <u>Kayano</u>			



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	LEITO	ENF. OU AP	MÉDICO ASSISTENTE
Edson Kotto do	234	54		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	CLÍNICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		Ortopédica	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
11/02/2015 8:04				17:40 Pct admittida ela na clínica ortopedica, pro- vemente che SPT em PCT LUC osteossíntese de quad. exp. fratura pilão tibial. Pct amentado, fratura relator acidente de motocicleta, nega doenças crônicas e alergias. AUP em uso, FO com cateter de uro. Exames 20. Negativa J-X REALIZADA DATA 11/02/15 14h00 Apresenta os sintomas de vômito
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO			
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 12/12 H			
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8 H SN			
8	CURATIVO			
9	CCGG + SSW			



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		LITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES				Nº DE REGISTRO		502379	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
11.02.19	130x85	100	lupmng		-60				
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA			
EXAMES DE URINA ASA I (E)									
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA									
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA				
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE		
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO				
ESTADO MENTAL					CORTICÓIDES		ATARÁXICOS		OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS				
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS		EFEITOS		
Pratung exposta fibria					letamng 10mg				
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO					TOTAL DE DOSES		
		1 2 3					A. Identificação		
		21/m					B. Anamnese dirigida		
LÍQUIDOS		SO-UTO 500					C. Avaliação pré-óper		
		400					D. Monitorização		
		SANGUE 300					(Sat, ECG, PANI)		
		200					E. Posicionamento		
		OUTROS 100					peitada + naquela		
TEMPERATURA		260					desa		
T		240					Neob 50mg 12.5mg		
		2					Dormor 50mg		
P. ARTERIAL		200					Clonidina 30mg		
V O PULSO		180					F. Cuidados		
		160					G. Cefazolin 1g		
		140					H. Desclon 4mg		
INÍCIO E FIM ANESTESIA		120					I. Bromoprida 10mg		
X		100					J. Pantidina 50mg		
		80					K. Diposona 100mg		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60					L. Clonidina 100mg		
		40							
RESPIRAÇÃO		20							
O		10							
SÍMBOLOS							DURAÇÃO		
TÉCNICAS		Raguarasteria				INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES		Pro. cirurg. fratura exposta fibria							
CIRURGIÕES		Flavis							
ANESTESISTAS		Elaine Saraiva Anestesiologista CRM-PI 3676							
		2º Pte. estável, incominada				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS			
		a SRPA							
PARTICULARIDADES									

MOD 76 - HÚT





Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
 Fundação Municipal de Saúde



RECEITUÁRIO
 USO EXCLUSIVO NA
 REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número da Série
Série A - Nº
459670

Carimbo da Unidade de Saúde
05.522.917/0036-08
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE "LINEU ARAÚJO"
 Rua Magalhães Filho, nº 152 Centro
 CEP: 64001-350 - Teresina-PI

Nome do paciente
Cithiana Katia dos
 Endereço
Rua Rodrigues

Número do Prontuário
 Data

laudo médico

Atesto 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
 22
 10

Dr. Glaucio Vasconcelos
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI 27751 TE0710664

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 tíbia distal com placa e parafusos metálicos de fixação.

Espaços articulares preservados.

Partes moles sem alterações.

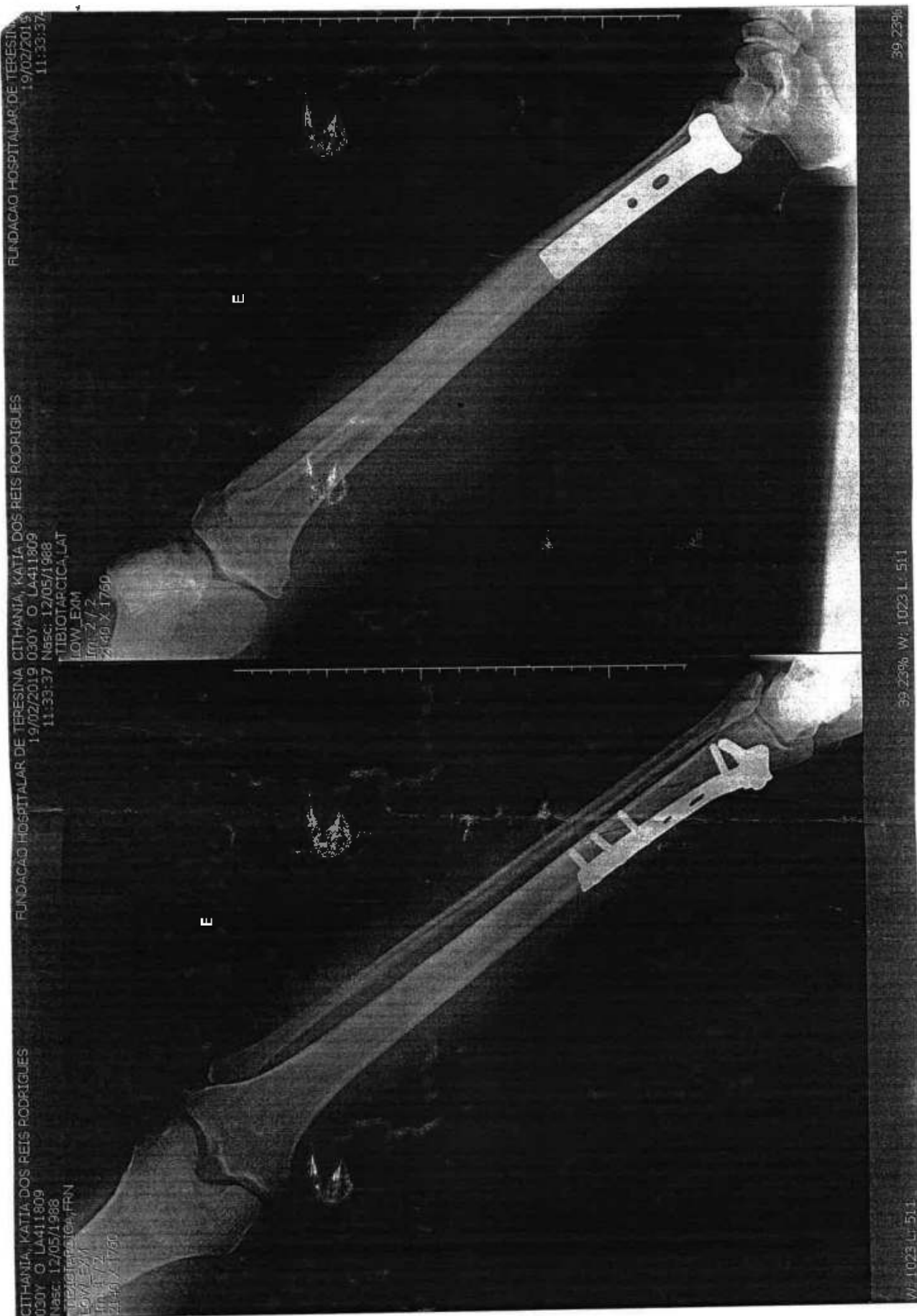
Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373



FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
19/02/2019 11:33:37

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
CITHANIA, KATIA DOS REIS RODRIGUES
030Y O LA411809
Nasc: 12/05/1988
TIBIOTARICA, LAT
LOW, EXM
19/02/2019 11:33:37
2149X 1750

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
CITHANIA, KATIA DOS REIS RODRIGUES
030Y O LA411809
Nasc: 12/05/1988
TIBIOTARICA, FRN
LOW, EXM
19/02/2019 11:33:37
2149X 1750





Nº da Nota Fiscal **039474278**
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de maio de 2002.

S-UREANO

ROT: 15 001 62 44 014000
DATA: 03/03/2019

Atual:	22/03/2019
Anterior:	20/02/2019
Próximo Levant:	23/04/2019
Emissão:	21/03/2019
Aprov. e Assinatura:	22/03/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Nome/Endereço	Cidade	Telefone	Código Falt.	Mês de 12 meses
Nome/Endereço	Cidade	Telefone	1.1.1.1	
DESCRIÇÃO DA CONTA				

FEV/19	111	CONSUMO	111 A R\$ 0,888147 =	96,36
JAN/19	120	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		8,32
DEZ/18	121	CORRECAO MONETARIA IG 01/19-00		0,01
NOV/18	116	MULTA POR ATRASO 01/19-00		2,07
OUT/18	132	JUROS POR ATRASO 01/19-00		1,27
SET/18	127			
AGO/18	129			
JUL/18	111			
JUN/18	128			
MAI/18	110			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 111 - 0,62068

QEF 9561

Mes./Ano
 02/2019

Valor R\$
 119,44

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 SPERJ. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

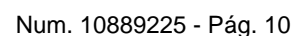
LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 2908.4A0C.2987.4AD9.DC5C.ZF83.3A47.28E4

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

	INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	PIC			FIC			DSC	DACS
	Mensual	Trisemestral	Anual	Mensual	Trisemestral	Anual	Mensual	Mensual
Linha	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Balancete	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	

22 MAI 2019





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 51 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 51 35



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 11:12
	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 Sofiane Caueza dos Reis	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	16 Idade 1 - Dia 2 - Mes 3 - Ano 9 - Ignorado		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Tipo de Ocorrência	18 Tipo da 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 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado				
Exame Físico	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinturão de segurança Assento para criança				
Assistência	23 Glasgow = 15				
	24 Sinais Vitais Pulso 110 Resp. 18 PA 110/80 TAX. 98% 25 Local da lesão				
Hospital de Destino	26 Pupilas				
	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 29 Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito				
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 34 Óbito				
35 Observações Interdisciplinar Paciente vítima de acidente moto-carro de moderado impacto. com quebra de dorso em nível inferior (E). (A) Ligar ferimento pericard e colar cervical implantado (B) Exame de 98% em ambiente (C) PA: 110/80mmHg e P: 110bpm. (D) Glorioso e Pupilas reativas (E) Suspeita de fratura exposta de fêmur (E).					

Versão: 27.11.2011



PREFEITURA DE MUNICIPAL TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

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.



Rua Coronel Luís Farrez, 3390 Bairro Macaúba.
Teresina-PI. CEP 64016-055
CNPJ 17.577.205/0013-70



88 3218 - 2880



samuteresina@hotmail.com



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

Profissão: Do lar Endereço: Rua Salimópolis Número: 5716 Complemento: _____

Bairro: Urbanos Cidade: Tauzeira 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3808 CONTA: 9264 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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, Tauzeira - PI, 11/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

[*] Assinatura de quem assina A ROGO

Elthonia Katia dos Reis Rodriguez

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.

FPS-001 V001/2018





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:	Nome completo da vítima:
	024.297.823-16	Elithonia Kalua dos Reis Rodriguez
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	Endereço:
Elithonia Kalua dos Reis Rodriguez	Do lar	Rua Salimópolis
Bairro:	Cidade:	Estado:
Urbanos	Tauzeira	PI
E-mail:	Número:	Complemento:
	6716	
	CEP:	Tel.(DDD):
	64000-000	

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

DADOS CADASTRAIS

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3808 CONTA: 9264 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 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 Lider 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____ 22 MAI 2019

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

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

Nome: _____

CPF: _____

[*] Assinatura de quem assina A RDO

Elithonia Kalua dos Reis Rodriguez

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

FPS-001 V001/2018







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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001411/2019-15

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, 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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA JAIME DA SILVEIRA, Nº:

Complemento

Data/Hora

11/02/2019 - 11:12

Bairro

SÃO CRISTOVÃO

Ponto de Referência

BANCO DO NORDESTE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CITHANIA KATIA DOS REIS RODRIGUES

RG: 2430802

Endereço: RUA SALINNOPOLIS, Nº 5716

Bairro: CIDADE LESTE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA

Nome: MARCOS ANTONIO RIBEIRO SILVA

RG: 250604

Mãe: MARIA DO DESTERO RIBEIRO TEXEIRA

Endereço: RUA SALINNOPOLIS, Nº 5716

Bairro: CIDADE LESTE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

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, RENAVAL 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; PROTOUÁRIO: 502379. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

MARCOS ANTONIO RIBEIRO SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação



Delegado de Polícia





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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.

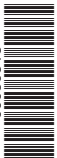
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00695/00696 - carta_15R - INVALIDEZ

00030348





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 14356066

Pag. 00241/00242 - carta_01 - INVALIDEZ



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



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edmaria Maria dos Reis Rodrigues
 DATA DO ACIDENTE 31/02/2019 CPF DA VÍTIMA 024.297.823-16
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Edmaria Maria dos Reis Rodrigues
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Solimões
 Nº 5316 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Ubatuba
 CIDADE Ubatuba 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DE FINTIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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 DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 1.700,00 (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 FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVAT.SEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 02/05/2019IDENTIDADE Edmaria Maria dos Reis RodriguesASSINATURA Edmaria Maria dos Reis Rodrigues

RESPONSÁVEL POR ENTREGAR A SEGURODORA

DATA 22/05/2019NOME Edmaria Maria dos Reis RodriguesASSINATURA Edmaria Maria dos Reis Rodrigues

CORRETORA DE SEGUROS

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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



CONTRATO
PJ CORRETORA
DE SEGUROS
22 MAI 2019
DPVAT

