

Controle de do x Audiências x Upload x Consulta proc x 0805156-62.20 x Combine arqu x Tribunal de Jus x Portal do Adv x

Não seguro | tjpj.pjeus.br/Lg/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=190823&ca=1a7ed36811bf2191610dbb... | Publicações

ProceComCiv 0805156-62.2019.8.18.0140
KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS D...

11298385 - CONTESTAÇÃO (2743177 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/08/2020 10:50:29

13 Aug 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11282848 - CONTESTAÇÃO
 - 11298385 - CONTESTAÇÃO (2743177 CONTESTACAO 01)
 - 11298693 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
 - 11298696 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11298699 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11298700 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 10

2743177- CS/ 2020-02997/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

prot+pq.pdf pq.pdf prot+pq.pdf pq.pdf prot+pq.pdf pq.pdf Exibir todos

PT 10:50 13/08/2020



Número: **0805156-62.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **05/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
GEANE PEREIRA DE OLIVEIRA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11298693	13/08/2020 10:50	PROC ADM	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



NOME DO PACIENTE: Karla Ravena de Oliveira Silva
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 460510

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
11 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 495 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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".





Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 64561704	Nº DA REGULAÇÃO: 7609
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: KARLA RAVENA DE OLIVEIRA SILVA	NASCIMENTO: 30/03/2001

DADOS CLÍNICOS

HISTORIA CLÍNICA: PACIENTE POLITRAUMATIZADA, GLASGOW 15. NEGA TCE, PERDA DE CONSCIENCIA, VOMITOS, TRAUMA TORACICO, TRAUMA ABDOMINAL. RAO X MOSTRANDO FRATURA DE FIBULA			
PROVAS DIAGNOSTICAS:			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO PERONIO FIBULA			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATORIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 23/11/2017 22:19:19

Dra. Marina Couto
Médica
CRM - PI 6878

MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA DE TERESINA - HUY

SECRETARIA DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	MÉDICO ASSISTENTE
KARLA RAVENA DE OLIVEIRA SILVA		460510	16	Ortopédica	EXT. 1	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI: 23/11/2017	FRAT. TNZ E					4hs-paciente quise ver de
25/11/17						des internar, administrando
1	Dieta oral livre					medicação prescrita -
2	Jeico salinizado					6cc ml
3	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN					
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs					
5	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs					
6	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs					
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h					
8	Curativos diários					
9	Cuidados gerais e sinais vitais					
10						
<div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVA CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 11 DEZ 2018 GENTE SEGURO DORA S.A. Rua Coelho de Resende, 485 Lins C Centro-Norte CEP: 64.062-870 Teresina-PI</div> <div>CONFESSE COPIA ORIGINAL</div>						
Dr. Giordano Cronembregger /		Dr. Yuri Ilvago Félix /	Dr. Ricardo S. Valença /	Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho /		
Ortopedia e Traumatologia /		Ortopedia e Traumatologia /	Ortopedia e Traumatologia /	Ortopedia e Traumatologia		
CRM 44350-0 / OT10026		CRM 2308	CRM 3766-TEC/11.003	CRM 3367		

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Karla Louana de Oliveira Silva IDADE _____ anos DATA ____/____/2017
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fratura de T12 esquerda CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>116 X 62 mmHg</u>	<u>102 X 58 mmHg</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>84 bpm</u>	<u>67 bpm</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>99 %</u>	<u>98 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>silva</u>	<u>silva</u>

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	TOTAL	<u>10</u>		<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitida na SRPA em POE de fratura de
função esquerda, segue calma, sensível, em ar ambiente.

Maria Jaelma de Oliveira
 Enfermeira
 COREN-PI 484.168

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 11 DEZ 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

PRESCRIÇÃO MÉDICA
 ALTA SRPA
 De Carmo R. de Oliveira
 Médico Anestesiologista
 CRM-PI 474 / CPF: 088.972.903-03

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO (X) IMAGENS E GRÁFICOS ()
 [] [] [] [] [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] IM

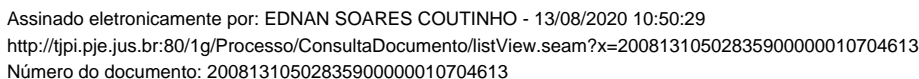


PRESCRIÇÃO MÉDICA

Research[illegible]



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Mod. 76 HUT

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
CORTES RAYMUNDO OLIVEIRA SILVA							
DATA: 24-11/17	P. ARTERIAL: 180/80	PULSO: 70	RESPIRAÇÃO: 18	TEMPERATURA: 36	PESO:	ALTURA:	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO		TOTAL DE DOSES			
		1 2 3		micocobee = 1 solu 1500ml eptel = 1 micocobee = 1 socos, duron = 1			
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 400 200 OUTROS 100		2 2 2			
TEMPERATURA T		C°		260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10			
P. ARTERIAL V O PULSO		38		200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X				140 120 100 80 60 40 20 10			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO				140 120 100 80 60 40 20 10			
RESPIRAÇÃO O				140 120 100 80 60 40 20 10			
SÍMBOLOS				DURAÇÃO			
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES				CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			
CIRURGIÃO							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES							

MOD 75 - HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 24 / 11 / 2017

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE:	Kayla Raveira de O. Silva	PROTÓTIPO Nº:	460510
DIAGNÓSTICO:	Fract. torçãozb ef	CIRURGIA:	TIO de fratura de
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	06 Tíbia distal
CIRURGIÃO:	Dr. Flavio	CPF Nº:	(E)
AUXILIAR:	-	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. Helenita	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Ediane	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	150ml		PVPI DE GERMANTE	ML	150ml	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	150ml	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	90cm		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	UNID.	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Eletrodos	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Cupom ->	02 UNID.		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Bexigas ->	03 UNID.		
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	Nº 2.0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	fr. coren	05/12/17	
OLENE							

MOD - 094



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Karla Razeira de Oliveira Silva*
Diagnóstico pré-operatório *Fist. torax 26 op*
Operação - Tipo *Abcissal*
Cirurgião *Dr. Flávio* Flávio de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PJ 3102
1º Assistente
2º Assistente
3º Assistente
Instrumentador(a) *Saiane*
Anestésico(a) *Flávio* Flávio de S. Coutinho
Anestesiologista
CRM-PJ 324
Anestesia

Data da Operação *24.11.2017* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

*Laparoscopia, porta, fístula de esmoch,
anestesia, punção, coleção, incisão,
medula, fístula e fístula 99. em abscissal.
etc, fechamento, processo fist. com
porcino e compenso, sutura e etc
sutura lateral, etc e fístula e porcino
sutura e curativo*

Flávio de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PJ 3102

Mod. 76 HUT





BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366
CEP 64.001-310 - Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.530-1
CNPJ nº 03.512.566/0001-90
biosintese@biosinteseprima.com.br

FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place - Caiçara
CEP 65.071-380 - Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosinteseprima.com.br

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: Art CX0133

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Nome: Quene

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
01	Placa DCP 3.5
06	Parafusos corticais
03	Parafusos esponjosos

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 24.11.17

DATA DA ALTA: 1/1/17

PACIENTE - Nome: Karla Ravana de Oliveira Silva

Nº AIH: 202836

Nº do Prontuário: 460510

Data da Internação: 1/1/17

Procedimento Médico Realizado: _____

Indicador de Compatibilidade: 0702030899

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: _____

CRM Nº _____



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE				UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
DATA: 24-11-17	P. ARTERIAL: 130-80	PULSO: 70	RESPIRAÇÃO: 18	TEMPERATURA: 36	PESO:	ALTURA:	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS	
					TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO						
	1						
	2						
	3						
LÍQUIDOS	SO-UTO 500						
	SANGUE 300						
	OUTROS 100						
TEMPERATURA T	Cº	260					
		240					
		2					
P. ARTERIAL V O PULSO	36	200					
		180					
		160					
		1					
		140					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120					
		100					
		80					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60					
		40					
RESPIRAÇÃO O		20					
		10					
SEQUÊNCIA							
1. Propofol - 2g							
2. Fentanil - 1							
3. Versoam - 1							
4. Midazolam - 1							
5. Atarax - 1							
6. Ibal - 1							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
DURAÇÃO							
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS							
OPERAÇÕES							
CIRURGIAS							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES							
INCIDENTE - ACIDENTE							
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							

MOD 76 - HUT





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

202836

33077

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 202836
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: KARLA RAVENA DE OLIVEIRA SILVA	6 - Prontuário: 460510	
7-CNS: 898002323833202	8-Nascimento: 30/03/2001	9-Sexo: Feminino
11-Mãe: GEANE PEREIRA DE OLIVEIRA SILVA	12-Fone: -	
13-Resp: JOAO ALBERTO	14-Cor: Parda	
15-End: QD 13 CS 34 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - CEP: 64000-000	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI
16-Munic: TERESINA	19-CEP: 64000-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Fract. fechada e exp.</i>	21 - Condições que justificam a internação: <i>Fract. de</i>
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Acromioclavicular + R + Ex. físico</i>	
23-Diagnóstico Inicial: <i>Fratura da extremidade distal da tibia</i>	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24-Cod.Proced.: 0408050497	25-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO	
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01	31-Docum.: CPF 841.275.623-15
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO		34-Data Solicitação: 23/11/2017

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		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Docum.: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
50-Ass. Ca. Imbo (Rg.Conselho)	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>João Alberto Silva</i>	



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 31077
	AIH: 2217102390778

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 898002323833202	NOME DO PACIENTE KARLA RAVENA DE OLIVEIRA SILVA	NASCIMENTO 30/03/2001	SEXO F	PRONTUÁRIO 460510
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8688425255	NOME DA MÃE GEANE PEREIRA DE OLIVEIRA	RESPONSÁVEL JOAO ALBERTO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 28
BAIRRO DEUS QUER	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
ANAMNESE + RX + EXAME FÍSICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

CID 10 SECUNDÁRIO **CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR TRIMALEOLAR DA FRATURALUXAÇÃO DO TORNOZELO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO
CPF: 84127562315 CRM:

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

23/11/2017

DATA ADMISSÃO

23/11/2017 23:46

DATA ALTA

27/11/2017 10:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE Acidente de Trânsito	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
--	------------------------	----------------------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	--------------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 09623462300 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 24/11/2017 16:18:11 CPF: CRM: DATA ANALISE:
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



CLINICA ORTOPÉDICA DO PIAUI LTDA - COPIL

COPIL
KARLA REVENNA DE OLIVEIRA S
ID: 095874 12/01/2018 14:08

TEC-GETULI

Esquerdo

RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUI



COPIL
KARLA REVENNA DE OLIVEIRA S
ID: 096874 12/01/2018 14:08
REINALDO

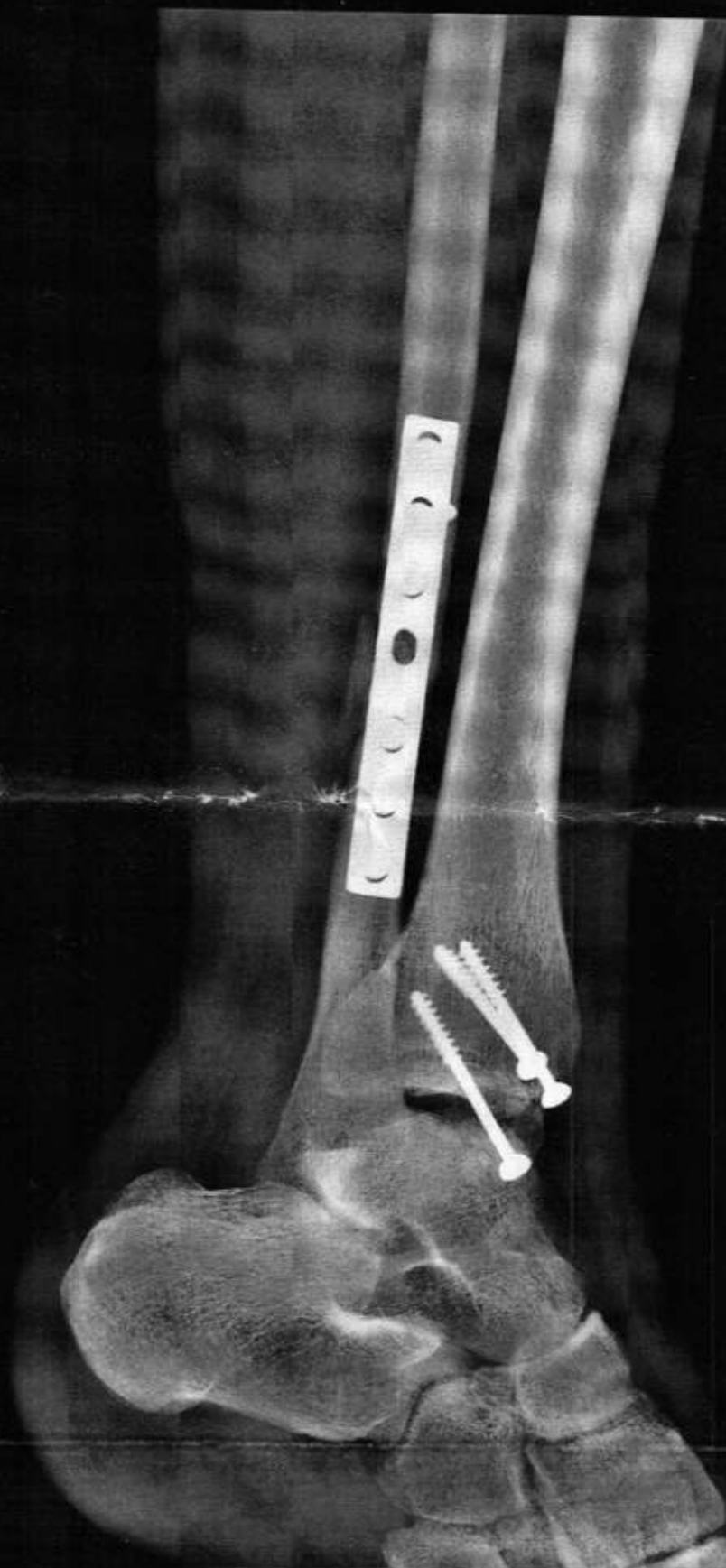


AP
Esquerdo

RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUI



COPIL
KARLA REVENNA DE OLIVEIRA S
ID: 096874 12/01/2018 14:08
REINALDO



Perfil Esq.

RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUI





COPIL
KARLA REVENNA DE OLIVEIRA S
ID: 096874 12/01/2018 14:08
REINALDO

CLINICA ORTOPÉDICA DO PIAUI LTDA - COPIL

RAIS



COPIL
KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA S
ID: 95840 12/12/2017 15:16
TEC-MORAIS

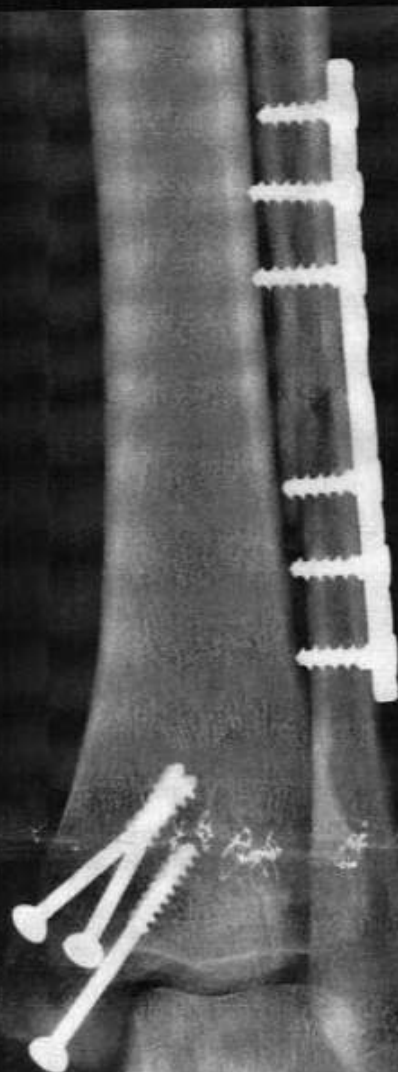


Esquerdo



TEC-MORAIS

COPIL
KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA S
ID: 95840 12/12/2017 15:16



Esquerdo

RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUI



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Karla Ravenna de Oliveira Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

6449783

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lqdt C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.177.632	DATA DE EXPEDIÇÃO	30/01/15
NOME	KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA		
PLIAÇÃO	GEANE PEREIRA DE OLIVEIRA CARLOS ALBERTO DA SILVA		
NATURALIDADE	TERESINA-PI	DATA DE NASCIMENTO	30/03/2001
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 998 L 4AE F 98 EXP TERESINA-PI 10/05/02		
TERESINA - PI	600.021.513-40 ASSINATURA DO DIRETOR		

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR: 1457994 SSP PI

CPF: 703.754.703-44 DATA NASCIMENTO: 10/09/1971

PRIMAÇÃO: LUIS PROCEDONIO DA SILVA
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO: B-1 ACC: B-1 CATERIA: B-1

APRESENTAÇÃO: 02851011130 VALIDEZ: 15/12/2022 PRAZOS: 29/04/2003

OBSERVAÇÕES: A

Assinatura do Portador: Maria do Carmo Procedonio da Silva

LOCAL: TERESINA, PI DATA DE EMISSÃO: 20/12/2017

ASSINATURA DO EMISSOR: 70615801046
PI320021300

PIAUI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR 1554660910

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 463 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180580853 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 23/11/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

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 INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180580853 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 23/11/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

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:

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

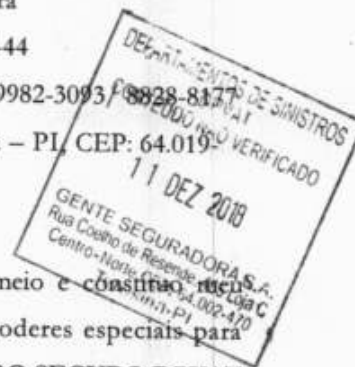


PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>Geane Pereira de Oliveira</u>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>labeleleira</u>
Identidade nº: <u>2.063.024 SSP/PI</u>	CPF nº: <u>007.067.673-90</u>	
Endereço: <u>R. Duas Aves S/N A 19. Casa 28 Bom</u>		
<u>Principio, Teresina - PI</u>		
CEP: <u>64.095-010</u>	Telefone: <u>(86) 99982.3093</u>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
 Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI CPF nº: 703.754.703-44
 Profissão: Bacharel em Direito Telefone: (86) 9 9405-4326 / 9982-3093
 Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330



PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo, para bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT**

e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar agendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** para a Vitima

Karla Ravenna de Oliveira Silva

Timon-MA 28/11/2018

Local e data



Geane Pereira de Oliveira

- Outorgante -



Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:
Geane Pereira de Oliveira
 Em Testemunho da verdade:
[Assinatura]
 Timon-MA, 28/11/2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446203/18

Vítima: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 600.021.513-40

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 23/11/2017

Titular do CPF: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

CPF de: Próprio

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
Outros

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA : 600.021.513-40

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: 11/12/2018
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Paula Vargens Mendes da Costa





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, 12 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180580853

Vítima: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 23/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA 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

Carta nº 13703330

Pag. 00573/00574 - carta_01 - INVALIDEZ



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: **Karla Ravenna de Oliveira Silva**

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

Nome completo: **Karla Ravenna de Oliveira Silva** CPF: **600.021.513-40**
Profissão: **Estudante** Endereço: **R. Deus Amor Qd 19** Número: **18** Complemento: _____
Bairro: **Bom Princípio** Cidade: **Tererina** Estado: **Piauí** CEP: **64.095-010**
E-mail: _____ Tel.(DDD): **86.99982.3093**

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1607** ☐ CONTA: **9567** ☐ **6**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das perícias 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Tererina - PI 03/12/18**
Nome: **Karla Ravenna de Oliveira Silva**
CPF: **600.021.513-40**

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Karla Ravenna de Oliveira Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Geusé Pereira de Oliveira
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Oliveira
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

164 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004098/2018-71

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 28/11/2018 - 12:25

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. DEP. EZEQUIAS COSTA, Nº:

Complemento

Data/Hora

23/11/2018 - 19:00

Bairro

ANGELIM

Ponto de Referência

PROX. À QUADRA R

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOÃO ROBERTO AMORIM GONÇALVES

RG: 3919505 PI

Mãe: LUISA FERNANDA AMORIM RIBEIRO

Endereço: QD-19, CS-28, RESID. DEUS QUER, Nº

Bairro: BOM PRINCÍPIO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

RG: 4177632 PI

Mãe: GEANE PEREIRA DE OLIVEIRA

Endereço: O MESMO DO NOTICIANTE, Nº

Bairro: BOM PRINCÍPIO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA

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/POP 110I, PLACA PIM-8004-PI, COR BRANCA, RENAVAM 01088657149, PROP. DE FRANCISCA DAS CHAGAS OLIVEIRA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, INVADIU A FAIXA DE TRAFEGO DA MOTO, PROVOCANDO A COLISÃO. A PASSAGEIRA DA MOTO, KARLA RAVENNA, FOI SOCORRIDA PELA PROPRIETARIA DA MOTO E LEVADA PARA A UPA DO PROMOTOR. DEPOIS TRANSFERIDA PARA O HUT. (PRONT. 460510). TESTEMUNHA: FRANCISCA DAS CHAGAS OLIVEIRA, QD-O, BL-16, AP. 02, CONJ. WALL FERRAZ, PORTAL DA ALEGRIA. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

JOÃO ROBERTO AMORIM GONÇALVES - Noticiante
Responsável pela Informação



Delegado de Polícia

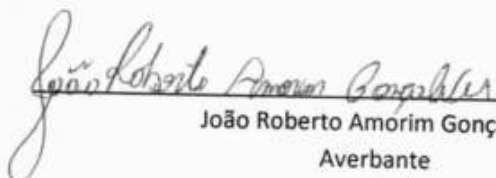
Ocorrência emitido em: 28/11/2018 11:25 - SisBO@2011-2018 ATI


Página 1/1

AVERBAÇÃO B.O. 100203.004098/2018-71

O Sr. João Roberto Amorim Gonçalves compareceu a esta Especializada para informar que a data correta do acidente é dia **23/11/2017**, conforme entrada na UPA e HUT.

Teresina, 10/12/2018


João Roberto Amorim Gonçalves
Averbante


Claudio Costa de Sousa
Ag. de policia
108516-6





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:

Karla Ravenna de Oliveira Silva

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

Nome completo:

Karla Ravenna de Oliveira Silva

CPF:

600.021.513-40

Profissão:

Estudante

Endereço:

R. Deus Azevê Ed 19

Número:

28

Complemento:

Bairro:

Bom Princípio

Cidade:

Tererina

Estado:

Piauí

CEP:

64.095-010

E-mail:

Tel. (DDD):

86/99982-3093

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: 1607

CONTA: 91567

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantidade de sequelas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.154/74, 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: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Tererina - PI 03/12/18

Nome: Karla Ravenna de Oliveira Silva

CPF: 600.021.513-40

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Karla Ravenna de Oliveira Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Guilherme Pereira de

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Oliveira

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/08/2020 10:50:29

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008131050283590000010704613

Número do documento: 2008131050283590000010704613

Num. 11298693 - Pág. 33



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: KARLA RAVENA DE OLIVEIRA SILVA Mãe: GEANE PEREIRA DE OLIVEIRA SILVA Pai: Prontuário: 460510
End.Resid.: QD 13 CS 34 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000
Nascimento: 30/03/2001 Idade: 16a:8m:24d Sexo: Feminino Fone: -
Responsável: JOAO ALBERTO CNS: 898002323833202 CPF: - RG: -
Profissão: E.Civil: Solteiro(a)
G. Instrução: Fundamental Incompleto
End.Local: - - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 638459 Data: 23/11/2017 23:46:27 Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não Trajeto?: Não Típico: Não CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico chegou ao PS com promelas expostas e edema cervical. Nega queda de consciência e uso de bebidas alcoólicas. Informa uso de capote.
A - Vias aéreas patentes / B - MV @ bilateralmente / C - Sem hemorragias externas, FC: 80 bpm e FR: 20 irpm; abdome indolor à palpação e pulso arterial / D - Glaxep 15 e supistas prescritas e prescritas / E - Encefalopatia em nível moderado e leve em nível moderado.

PA: X mmHg Pulso: bpm Temp.: °C
Diagnóstico Inicial: CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de tornozelo, perna e pé esquerdo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT bpm
PONTUAÇÃO NÃO VERIFICADO
11 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA
Rua Capitão de Resende, 46 - Loja C
Teresina-PI CEP: 64017-130
RAIO-X REALIZADO
DATA 24/11/2017
Técnico: Aze

ALTA:

- () Melhorado () Administrativa
() Curado () Por Indisciplina
() Inalterado () Por Evasão
() A Pedido

- () Retornar à Unid. Origem
() Transferência:

DATA SAÍDA: / / HORA: : : -

() Internação na Unidade
Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

ÓBITO:

- DESTINO:
() Até 24 Hs () Família
() De 24 a 48 Hs () IML
() Após 48 Hs () Anat. Patol.

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



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:	18/12/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000051567-6

Nr. da Autenticação 342B12DA251D4C03



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-8)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/96

Nº da Nota Fiscal 006957306

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	19/06/2018	272	249,14

CARLOS ALBERTO DA SILVA
RS DEUS QUER S/N QD 19 CASA 28 BOM PRINCIPIO
CPF: 0002738805349
CEP: 64.095-010 - TERESINA

DADOS DA LEITURA	KWH	DATAS DA LEITURA
Atual:	17442	Atual: 13/06/2018
Anterior:	17170	Anterior: 11/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 13/07/2018
Consumo Medido:	272	Emissão: 11/06/2018
Consumo Faturado:	272	Apresentação: 13/06/2018

MEDIA 12M

33

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A621243		1.1.1.1	272

HISTÓRICO DO CONSUMO	CONSUMO	CONTR. ILUMINACAO PUG. (COSIP)	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA
Mês/ano consumo	272 A R\$ 0,46498 =	230,24	1,68	5,08
MAI/18	288			
ABR/18	589			
MAR/18	206			
FEV/18	194			
JAN/18	281			
DEZ/17	764			
NOV/17	30			
OUT/17	181			
SET/17	167			
AGO/17	163			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
B A 272 - 0,579990

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 05/2018 Valor R\$ 255,38
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 06/06/2018, em função das contas reavaliadas nesta data. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na SCERSA. Informamos ainda a existência de débitos vencidos: si e a reavaliada(s) no valor de R\$ 4.520,10 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

FATURADO PELA MEDIA. IMPEDIMENTO DE ACESSO. SUJEITO A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (ART. 87 DA RESOLUÇÃO ANEEL No. 414/2010). LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

F8EB.04DE.851F.25F7.DE5E.2500.FD49.DAD0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 44,95	Base de Cálculo: 230,24
Energia: 85,50	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 13,45	Valor do ICMS: 62,16
Encargos: 13,62	Valor do PIS: 1,88
Tributos: 72,72	Valor do COFINS: 8,68

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,19 10,39 20,77 3,36 6,73 13,45 2,94
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

TERESINA-JOCKEY

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-8)

SEU CÓDIGO

0675960-2

MÊS FATURADO

06/2018

Nº da Nota Fiscal: 006957306

FCAM

TOTAL A PAGAR - R\$

249,14

VENCIMENTO

19/06/2018

83670000002 6 49140017000 8 00000000675 9 96020618008 0



SEQ.: 00159 UC: 0675960-2 DT. LEIT.: 13/06/2018 T. ENTR.: 04
LEITURA: 17442 MEDIA 12M TOTAL: 249,14 CARGA: A03
DT. VENC.: 19/06/2018 IRREG.: 012 COLETOR: 9072

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
FEITO NÃO VERIFICADO
11 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelha, 171 - 2º andar - 64.095-010 Teresina - PI

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 Imposto autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 014295274

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	10-12-2018	595	572,93

MARIA DO CARMO PROCEDIMIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA
CPF: 00070375470344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	10079	Atual:	28/11/2018
Anterior:	9484	Anterior:	29-10-2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	27-12-2018
Consumo Medido:	595	Emissão:	27-11-2018
Consumo Faturado:	595	Apresentação:	28-11-2018
Tipo de Faturamento: NORMAL		Tipo de Consumo: 30	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Int.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	D176626		1.1.1.3	620

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
OUT/18 597	CONSUMO 595 A R\$ 0,854448 = 508,39
SET/18 636	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 40,46
AGO/18 632	CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00 7,58
JUL/18 540	MULTA POR ATRASO 09/18-00 11,51
JUN/18 762	JUROS POR ATRASO 09/18-00 4,99
MAI/18 584	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 5,53
ABR/18 559	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,95
MAR/18 576	
FEV/18 552	
JAN/18 502	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 595 - 0,566756	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Indica consumidor suspenso e suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 12/12/2018. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na RENEN. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
10/2018	596,08	
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25		

RESERVADO AO FISCO: 08EE.B374.5F8B.46CF.FADB.9261.0ECF.A2A0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	96,22	Base de Cálculo:	508,39
Energia:	183,05	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	28,80	Valor do ICMS:	137,26
Encargos:	29,17	Valor do PIS:	6,04
Tributos:	171,15	Valor do COFINS:	27,85

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
DIS	DE	DE	DE	DE	DE
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45
0,00			0,00		0,00

TERESINA - MACAUBA 09/2018 185,50

83670000005 9 72930017000 2 000000000957 1 46891118008 0



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
11 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Procopio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703/114, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Karla Ravenna de Oliveira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.067.673/90, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vitima Karla Ravenna de Oliveira Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.067.673/90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos de DPVAT

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, 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 Henrique Dias</u>		Número <u>790</u>	Complemento
Bairro <u>Unielha</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64019-330</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(86)99982-3093</u>

Teresina, 03 de Dezembro de 18
Local e Data

Maria do Carmo Procopio da Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca das Chagas Oliveira,
RG nº 2.934.921, data de expedição 04/09/13,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 040.676.633-90 com
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
A.O. BL: 16 APT, nº 02,
complemento P.da Alegria

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Karla Ravennadialiveira Silva cujo o condutor era
João Roberto Amorim Gonçalves

Veículo: moto
Modelo: HONDA POP 110 I
Ano: 2016
Placa: PIM-8004
Chassi: 9C2JB01005R217331
Data do Acidente: 23.11.2017
Local e Data: Timon-MA 28/11/2018

Francisca das Chagas Oliveira
Assinatura do Declarante

João Roberto Amorim Gonçalves
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Cartório do 1º Ofício
TIMON - MA
Assinado como verdadeira(s) a(s) firmada(s) de
Francisca das Chagas Oliveira
Em Testemunho da verdade.
Timon(MA) 28.11.2018
Ruth Maria de Oliveira
Escrevente Substituta

