
Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000287

Vítima: ANDERSON PRUDENCIO SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDERSON PRUDENCIO SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000287

Vítima: ANDERSON PRUDENCIO SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDERSON PRUDENCIO SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização do 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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANDERSON PRUDENCIO SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000057443-7

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 065.687.193.77 4 - Nome completo da vítima: Anderson Prudencio Sousa

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

5 - Nome completo: Anderson Prudencio Sousa 6 - CPF: 065.687.193.77
7 - Profissão: Fiscal 8 - Endereço: Rua: Primavera 9 - Número: 2826 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: São Sebastião 12 - Cidade: Uruana 13 - Estado: ST 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (86) 994724541

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3389 08 CONTA: 57443 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, Uruana, Piauí 30.12.19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Anderson Prudencio Sousa
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) Kelly Maria de

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003855/2019-79

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

Data/Hora: 07/10/2019 - 14:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

29/09/2019 - 23:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

TODOS OS SANTOS

Endereço

RUA FLOR DO CAMPO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LEYDIANA SARAIVA RODRIGUES

RG: 2369453 PI

Mãe: MARIA DE FATIMA SARAIVA RODRIGUES

Pai: BERNARDO JOSE RODRIGUES

Endereço: RUA PIRASSUNUNGA, Nº 2826

Complemento: VILA ANDARAÍ

Bairro: RENASCENÇA III

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: ANDERSON PRUDÊNCIO SOUSA

RG: 3561023 SSP PI

Mãe: ANA CÉLIA DA SILVA PRUDÊNCIO

Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA

Endereço: O MESMO DA NOTICIANTE, Nº 3395

Bairro: RENASCENÇA III

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9424-0777

Tipo Envolv.: VITIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

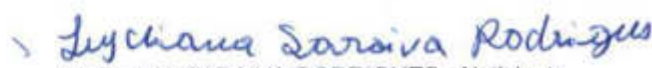
Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE, UNIDA ESTAVELMENTE COM A VITIMA, RELATA QUE A VITIMA CONDUZIA A MOTO HONDA/NXR160 BROS ESDD, PLACA PIT-8103-PI, COR PRETA, RENAVAL 01117464412, PROP. DA NOTICIANTE, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO DERRAPOU NA PISTA, E CHOCOU-SE NO MEIO FIO, CAINDO EM SEGUIDA. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 524328). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.


Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat.
AGENTE DE POL.


LEYDIANA SARAIVA RODRIGUES - Noticiante
Responsável pela Informação


Luccy Reiko Leal Parreira
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 065.687.193.77 4 - Nome completo da vítima: Anderson Prudencio Sousa

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

5 - Nome completo: Anderson Prudencio Sousa 6 - CPF: 065.687.193.77
7 - Profissão: Fiscal 8 - Endereço: Rua: Piramanga 9 - Número: 2826 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: São Sebastião 12 - Cidade: Curitiba 13 - Estado: PR 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (36) 994724541

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3389 08 CONTA: 57443 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____
30 - Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, Curitiba, Paraná 30.12.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Anderson Prudencio Sousa

43 - Assinatura do Procurador (se houver) Kelly Maria de

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

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: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON PRUDENCIO SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000057443-7

Nr. da Autenticação DAE501481776D267



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SETAZ 06/98

Para contato
consulte o número
esse NÚMERO

SEU CÓDIGO

1516698-8

Nº da Nota Fiscal 031267418

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

CONTA MÊS
DEZEMBRO/2019

VENCIMENTO
19/12/2019

CONSUMO (kWh)
99

TOTAL A PAGAR (R\$)
96,52

MARIA DE FATIMA SARAIVA RODRIGUES
R. PIRASSUNUNGA 2826 SAO SEBASTIAO
CPF: 00043349676391
CEP: 64.082-500 - TERESINA

ROT: 9.001.75.38.423300

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		2811	Atual:	12/12/2019
Anterior:		2712	Anterior:	12/11/2019
Constante de Multiplicação:			Próxima Leitura:	13/01/2020
Consumo Medido:		99	Emissão:	11/12/2019
Consumo Faturado:		99	Apresentação:	12/12/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL		Dias de Consumo:	30
		FCAH		
		Código de Irregularidade:		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2011901		1.1.1.1	98

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
NOV/19	154	CONSUMO 99 A R\$ 0,863586 =	85,49
OUT/19	61	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,67
SET/19	103	MULTA POR ATRASO DE I 11/19-00	0,23
AGO/19	79	JUROS DE MORA ATRASO 11/19-00	0,63
JUL/19	35	MULTA POR ATRASO 11/19-00	2,74
JUN/19	57	JUROS POR ATRASO 11/19-00	0,36
MAI/19	111	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,53
ABR/19	93	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	2,47
MAR/19	102		
FEV/19	159		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 99 - 0,645696

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Até o dia 11/12/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

REAVISO AO FISCO D206.C3EE.BF15.C17A.BB8C.C863.75B7.2406

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Contribuição	18,71	Base de Cálculo:	85,49
Imposto	36,13	Aliquota ICMS:	22,00%
Contribuição	6,11	Valor do ICMS:	18,80
Imposto	2,99	Valor do PIS:	0,49
Imposto	21,55	Valor do COFINS:	3,40%
			2,26

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/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 COAF².

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 Keylley Moana de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Anderson Prudencio Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.687.193-74
do sinistro de DPVAT cobertura Frustrada da Vítima Anderson Prudencio Souza
inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.687.193-74, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua - 24 de janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 994729541</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 10.12.19

Keylley Moana de Oliveira
Assinatura do Declarante



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 N° do chamado 4850	02 Data do chamado 29-09-19	03 PRO (código) 2903	04 Saída do PA 23-29	05 Chegada ao local 23-57
	06 Saída do local 24:24	07 Chegada ao 1° hospital 24:24	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Floresta da Campina - 3908				
	11 Bairro Todos os Santos	12 Município-UF Teresina PI Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome Anderson Prudêncio de Sousa				15 Sexo 1 - Masculino ☒ 2 - Feminino 9 - Ignorado
Tipo de Ocorrência	16 Idade 20 anos ☐ 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado				17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim ☒ 2-Não 9-Ignorado
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vitima ☐ 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado		20 Meio de locomoção ☒ 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado		21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
	22 Equipamentos de segurança ☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança				
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. SatO2
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial ☒ Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		25 Local da lesão
Assistência	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
	30 Fratura 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não 3 - Suspeito ☒		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☐ Oxigênio ☒ Curativos ☐ Prancha longa/curta ☐ Colar cervical ☐ Kred ☐ Imobilização de extremidades ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Assistência obstétrica ☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) b) c)		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT		33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado		34 Óbito 1-Sim 2-Não ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte
	Observações Interdisciplinar				
Acidente de trânsito com trauma em pé esquerdo Kassir Jéssica Gomes da Silva Matriculada em 09/04/2011 SAME 192 Confere com Original Dra. Renata Aguiar MEDICA CRM-PI 6864 Socorristas Médico <u>Gláudio</u> AE/TE <u>D. Lima</u> Enfermeiro <u>Marcelo</u> Condutor <u>Carvalho</u>					

Alton



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Anderson Prudêncio Sousa
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 524328

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

<

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Outopedi@
Geral - OK

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

NHCO
30/09/19 14:30

Imp: 30/09/2019 00:35:44

(User: GILBERTO)

(Estação: CONSULFA03)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANDERSON PRUDENCIO SOUSA		Prontuário: 524328	
Mãe: ANA CELIA DA SILVA PRUDENCIO		Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA	
End.Resid.: RECANTO DOS PASSAROS QUADRA A6 CASA 17 - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 20/04/1994	Idade: 25a5m10d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99572-0108
Responsável: ALEXANDRE DA SILVA		CNS: 702908509038476	
Profissão: SEGURANCA		Documento: CPF: 061.687.193-77	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 744032	Entrada: 30/09/2019 00:26:56	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE ALCOOLIZADO COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO SEM USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, VÔMITOS E CEFALEIA.
A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. AUSÊNCIA DE DOR CERVICAL À MOBILIZAÇÃO ATIVA E PASSIVA E À PALPAÇÃO.
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, AUSÊNCIA DE ENFISEMA SUBCUTÂNEO; NEGA DOR TORACICA.SAT O2:97%.
C)AC: RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE PERITONITE. Pelve estável, GLOBO VESICAL PALPÁVEL, FC 114BPM. PA 120/70MMHG
D)GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE. AUSÊNCIA DE DEFICITS MOTORES E SENSITIVOS
E)MIE IMOBILIZADO

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares:

(1323010) - TORAX PA E PERFIL
(1323011) - PERNA ESQUERDA
(1323012) - TORNOZELO ESQUERDO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto) DATA: / / HORA: : .

Kassio Jonny Pimentel Cavalcante
Matrícula: 69904
SAME - HUT
Contato com Original

RAIO X REALIZADO
DATA: / / HORA: : .
TÉCNICO:

Dra. Renata Aguiar
MÉDICA
CRM-PI 6894

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 30/09/2019 00:35:43

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

	Mudança de Procedimento		Órtese e prótese - OPME
	Diária de UTI		Fatores de Coagulação
	Diárias de Acompanhante		Gasoterapia
	Hemoderivados		Nutrição Parenteral / Enteral
	Diálise / Hemodiálise		Procedimento fora da faixa etária
	Albumina Humana 20%		

HOSPITAL: _____ CNPJ: _____
 PACIENTE: Anderson Frederico Reis Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Tr do joelho.
 OJ Jo de Kneels 3,5m

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 3918 TEOT: 18136

DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

Kássia Janays Pimentel Cavalcante
 Matrícula: 69904
 SAME - HUT
 Confira com Original

DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Anderson Ruedenirio Gama

Diagnóstico pré-operatório

Fx exposto do 1º metatarsiano do pé;

Operação - Tipo

lux + fratura com fio de Kirsch

Cirurgião

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra

1º Assistente

2º Assistente

Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3918 TEOT: 13135

3º Assistente

Instrumentador(a)

Jayne

Anestesista

Yann

Anestesia

Rogério

Anestésico(a)

Data da Operação

30.09.20

Início

2:30

Fim

3:30

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia.
- 2) Anestesia + Antimigra + Aspirar a Lâmpara Esterna
- 3) Acesso ao pé Externo
- 4) Fx exposto do 1º metatarsiano com fratura + Não visualizados lesões tendão
- 5) Fixação com fio intramedular
- 6) Sutura.

Kássia Janyne Pimentel Cavalcante
Matrícula: 89904
SAME - HUT
Confere com Original

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3918 TEOT: 13135

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 30/09/19

NOME DO PACIENTE: <u>Andressa Pinheiro Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>524328</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Exposição do 1º metatarsiano do pé</u>	CIRURGIA: <u>Luc</u>
ANESTESIA: <u>Yago</u>	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <u>Dr. Gelson Antonio Mendes Coimbra</u> <u>Ortopedia e Traumatologia</u> <u>CRM: 3918 TERC: 1313F</u>	CPF Nº _____
AUXILIAR: <u>Laque</u>	CPF Nº _____
ANESTESIA: <u>Laque</u>	CPF Nº _____
INSTRUMENTADORA: <u>Lyne</u>	CPF Nº _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>75</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>70-8,5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	03		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	35	
ÁLCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	10	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>crepom</u>		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <i>Kássia Jannys Pinheiro Cavalcante</i> Matrícula: 69904 SAME - HUT Confere com Original			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 20		03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Laque</u>			
PROLENO							



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Anderson P. SousaSala: 06Alergia: mgData: 30.09.19Procedimento: pt. laparoscópicoCirurgião: WCR

Observações:

Agentes	Unid	05	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 <u>propofol</u>		<u>mg</u>												
2 <u>propofol</u>		<u>mg</u>												
3 <u>propofol</u>		<u>mg</u>												
4 <u>propofol</u>														
5 <u>propofol</u>														
6 <u>propofol</u>														
7 <u>propofol</u>														
8 <u>propofol</u>														
9														
10														
11														
12														
13														
Oxigênio	<u>l/min</u>													
AR/N2O														
Volatil	%													

Acesso Vascular

- ☒ Periférico
Cat. Venoso nº 22 G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito: DAH

SPO2 (%)	<u>99</u>	<u>99</u>	<u>99</u>	<u>99</u>
ETCO2 (mmHg)				
Aces. Venoso	<u>08</u>			<u>08</u>
Aces. Venoso				
Diurese				
Perdas Sanguíneas				

Assinatura: João Carlos Carneiro
Matrícula: 69004
SAME - HUT
Confira com Original

Descrição da Anestesia:

naquimulada 51 ml

Dra. Yanna Nunes
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PF-235



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

247382

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	24856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANDERSON PRUDENCIO SOUSA	6 - Prontuário: 524328		
7-CNS: 702908509038476	8-Nascimento: 20/04/1994	9-Sexo: Masculino	CPF: 061.687.193-77
11-Mãe: ANA CELIA DA SILVA PRUDENCIO	12-Fone: 86-99572-0108		
13-Resp: ALEXANDRE DA SILVA	14-Cor: Parda		
15-Ender: RECANTO DOS PASSAROS QUADRA A6 CASA 17 - TODOS OS SANTOS - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Paciente com 1º episódio de 1º metatarsiano</i>			
21 - Condições que justificam a internação: <i>Paciente com 1º episódio de 1º metatarsiano</i>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Acum + Gama + R</i>			
23-Diagnóstico Inicial: Fraturas múltiplas do pé	24-CID Prin: S927	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050462	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	Tempo S: 	
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01	31-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 000.058.973-00
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: CELSE ANTONIO MENDES COIMBRA	34-Data Solicitação: 30/09/2019	Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra Ortopedia e Traumatologia CRM 3918 TEOT 13135 35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguidora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Tipico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vinculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado	46-Data Autorização: 30/09/2019		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documeto: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Anderson Prudencio Sousa</i>	Usuário: (SOLIMAR BRITO) Consulta Local: 744032 Consulta SUS: Impressão: 30/09/2019 02:31:31

[illegible]

Kassia Joany Parentel Cavalante
Matricula: 69804
SAME - HUT
Confere com Original

Dr. Carlos Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 39.918-CEP: 13138



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Tipo de Serviço.....: CPF - INSCRIÇÃO
Código de Atendimento.: IF0550752868R
Data e Hora.....: 07/02/2011 14:25:53
CPF do Contribuinte.: 061.687.193-77
Nome Completo.....: ANDERSON PRUDÊNCIO SOUSA
Data de Nascimento....: 20/04/1994
Sexo.....: Masculino
Nome da Mãe.....: ANA CELIA DA SILVA
PRUDÊNCIO
Título de Eleitor.....: 000000000000
Naturalidade.....: IACAREMA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000287 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON PRUDENCIO SOUSA **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS KIRSCHNER). p5
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000287 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON PRUDENCIO SOUSA **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS KIRSCHNER). p5
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Anderson Prudêncio Sousa
RG: 3561023 Orgão Emissor: SSP-PS
CPF: 061.687.193-77 Nacionalidade: Brasileiro
Est. Civil: Solteiro Profissão: Fixe
Endereço: R. Pimassunga Nº 2826
Bairro: São Sebastião Cep: _____ Cidade/UF: Teresina
Telefone: (86) 99472.9591 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly mouro de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Anderson Prudêncio Sousa
CPF: 061.687.193-77 Data do Acidente: 30 / 10 / 19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

6º OFÍCIO

Teresina - Piauí
Local e data
Anderson Prudêncio Sousa
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina
ANNA BARBARA ALENCAR DE SA E FREITAS SILVEIRA - TABELIA INTERINA
CNPJ: 32.262.747/0001-78 - INSC: 79807
AVENIDA JOAQUIM NELSON, QUADRA 135, ITAIPÉ - 11º ST - TERESINA - PIAUÍ. TEL: (86) 98897-5425

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANDERSON PRUDÊNCIO SOUSA
DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR EM TEST. DA VERDADE DOU
TERESINA, 09/12/2019 10:16:38
SELO AAK89221 - FXQ1 CONSULTE EM www.tpi.jus.br/portalestra

José Paulo Cavalcanti Coutinho
JOSÉ PAULO CAVALCANTI COUTINHO - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emit: R\$ 3,50 T: R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,63

CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE
NOTAS DE TERESINA-PI
José Paulo Cavalcanti Coutinho
Escrivente Autorizado

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000486/20

Vítima: ANDERSON PRUDENCIO SOUSA

CPF: 061.687.193-77

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 29/09/2019

Titular do CPF: ANDERSON PRUDENCIO SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ANDERSON PRUDENCIO SOUSA : 061.687.193-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/01/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2020
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO