

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2016

Carta nº: 9897462

A/C: NELSON DA SILVA

Sinistro: 3160626332 ASL-1112043/16
Vitima: NELSON DA SILVA
Data Acidente: 01/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO DE CARVALHO FREITAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2016

Carta nº: 9899036

A/C: NELSON DA SILVA

Sinistro: 3160626332 ASL-1112043/16
Vitima: NELSON DA SILVA
Data Acidente: 01/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO DE CARVALHO FREITAS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10375285

A/C: NELSON DA SILVA

Sinistro: 3160626332 ASL-1112043/16
Vítima: NELSON DA SILVA
Data Acidente: 01/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO DE CARVALHO FREITAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10451146

A/C: NELSON DA SILVA

Sinistro: 3160626332 ASL-1112043/16
Vítima: NELSON DA SILVA
Data Acidente: 01/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO DE CARVALHO FREITAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **NELSON DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003436**

Conta: **00000026134-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160626332 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **NELSON DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA LUIZ JOSE nº 595 - CENTRO - PORTO/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 128269919996 - SSP**
Data local do exame: **25/01/2017 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DA CLAVICULA DIREITA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CIRURGICO DA LESÃO COM OSTEOSINTESE.EVOLUIU COM SEQUELA FUNCIONAL NO MEMBRO;

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO LEVE DA ABDUÇÃO COMPLETA DO OMBRO E FORÇA DE CARGA NO MEMBRO. DISCRETA DEFORMIDADE LOCAL.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO SUPERIOR DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO -

Local e data de realização do exame médico legal:

PI - TERESINA, 25/01/2017

Médico Perito: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO CRM:52.53331-5 /RJ


Dr. Armandinho Sousa de Araújo
Médico Perito
CRM-RJ 52.5333-15
Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EL NELSON DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 128.269.919-99-6 EXPEDIDO POR SSP/MA EM 01/12/99 E
CPF 030604963-58 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO AURADOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 10.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA NELSON DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

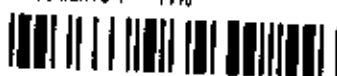
(*) A Circular Susep nº 145/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Loteadas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

DOCUMENTO 1 *T1%*



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3436 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013-0026134-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

PORTO-PI 13 de SETEMBRO de 2016

LOCAL E DATA

Nelson da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que tem na praxe os segurado/beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (total ou parcial) que venha a ocorrer em decorrência da gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvat.org.br ou transite com ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE PORTO



BOLETIM DE OCORRENCIA

DADOS DA OCORRENCIA:

Ocorrência nº 199/2016	Data do Registro: 23/08/2016
Natureza: LESÃO CORPORAL ACIDENTAL DE TRANSITO.	Horário: 11:40 horas

NOTICIANTE:

NELSON DA SILVA, Brasileiro, natural de Brejo/MA, solteiro, lavrador, nascido em 26/06/1983, filho de Maria do Socorro Silva, portador da RG 12826991999-6 SSP-MA e CPF nº 030.604.963-58, residente na Rua Luz José nº 595, Bairro Mutirão, Porto – PI.

HISTORICO:

O noticiante informa a Autoridade que por volta das 17:30 horas do dia 1ª de agosto de 2016, trafegava no sentido sul/norte pela rodovia estadual – PI que liga Porto a Nossa Senhora dos Remédios, conduzindo a motocicleta de marca Honda CG 125 FAN KS, ano-modelo-210/2010, cor – preta, placa – NIR – 9267, chassi 9C2JC4110AR670223, licenciado em nome de Maria da Cruz Viana da Silva; QUE na localidade Maricá, zona rural de Porto-PI, colidiu em um animal (porco) que se deslocava pela rodovia; QUE em decorrência dessa colisão o condutor foi arremessado de cima da moto a uma distancia de mais ou menos cinco metros distancia, tendo sofrido fratura da clavícula direita; QUE o condutor da moto após acidente foi conduzindo em veículo particular para o Hospital Municipal Dr. Roosevelt Bastos de Porto e em 02.08.2016 foi encaminhado para o Hospital de Urgência de Teresina - HUT em Teresina-PI, onde recebeu atendimento medico como prontuário de atendimento do referido hospital que apresenta copia nesta Delegacia; **QUE o condutor do moto não usava equipamentos de segurança e nem possui Carteira Nacional de Habilitação – CNH.**

DADA e LAVRADA, nesta Delegacia de Polícia da cidade de Porto, Estado do Piauí. Aos **vinte e três dias do mês de agosto de 2016**. Eu, Francisco das Chagas Sousa e Silva, Escrivão de Polícia Civil, que o digitei.

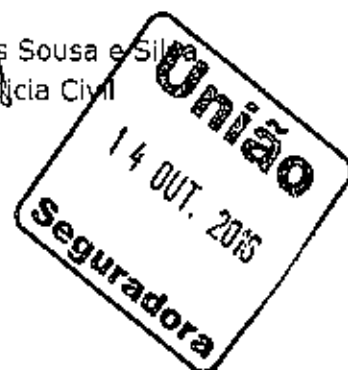
DOCUMENTO 1 "T1%"



NOTICIANTE: Nelson da Silva

Witalo Rodrigo de Lemos Vasconcelos
Delegado de Polícia Civil

Francisco das Chagas Sousa e Silva
Escrivão de Polícia Civil



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, NEILSON DA SILVA, portador da carteira de identidade nº J282699/999-6 e inscrito no CPF/MF sob o nº 030.604.963-58, residente e domiciliado na RUA LUÍZ JOSE 595 595 8 - URBANO, Cidade PORETO, Estado PARANÁ, 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:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 *T396*



Neilson da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

PORETO - PR 13/09/16

Local e data



REGISTRO

SUS 7050,022 74116 756

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME

nehon da Silva

DATA DE NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO
26 06 83

PROFISSÃO:

PROFISSÃO: Quilador

COR:

COR 17

SEXY

MAS: ☒
FEM: ☐

NATURE:

Власов - м. д.

TELEPHONE: 98883-4782

TELEPHONE: 98883-478

RG:

RG: 3 97 / 88 000

PAI

FILIAÇÃO:

M&F

MÃE Maria do Socorro da Silva

ENDERECO:

leaf multicaulis R. being fol.

MUNICIPIO

Pond

ESTADO-01

ESTADO-01

CEP: 64 14500-0

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ATENDIMENTO:

ENTQ: 108116

HORA: 12

HORA: 12

PROFESSIONAL:

PROFISSIONAL:

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Acidente de Trânsito

DIAGNOSTICO

Fractura clavicular ①

DOCUMENTO 2 "T290"



Aniã
14 OUT. 2016
Seguradora

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

TRATAMENTOS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONSULTA BASICA

AEROSSOL

DRENAGEM DE ABCESSO

RETIRADA DE CORPO ESTRANHO

PEQUENA CIRURGIA

SUTURA SIMPLES

TERAPIA MEDICAMENTOSA

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

RETIRADA DE PONTOS

RETIRADA DE GESSO

CURATIVO

DATA:

01/09/16

ASSINATURA DO MEDICO

[Assinatura]
Liliane de Carvalho Miranda
MEDICO - CRM - PI 2876
CPF: 709.783.673.68

NOME:

Maria do Socorro da Silva

União

14 OUT. 2016

Seguradora

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: 27/01/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NELSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000000026134-4

Nr. da Autenticação 0BC32035E53E364C

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, NELSON DA SILVA

RG nº 1282699/999-6 data de expedição 01/12/99, Órgão SSP/MA,

CPF nº 030.604.963-58, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA LUZZ JOSÉ</u>
Número	<u>595</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>URBANO</u>
Cidade	<u>PORTO</u>
Estado	<u>PARAÍB</u>
CEP	<u>64.145-000</u>
Telefone de Contato	<u>186 / 99584-4922</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data. PORTO-PB 13/09/16

Assinatura do Declarante: x Nelson da Silva



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/0001-89 (Insc. Estadual: 12.201.343-4)
Insc. Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Fato B-1
Regime especial de tributação instituído pela LEI nº 6.492/06/04

Nº da Nota Fiscal: 000304693

A Nota Social de Energia Elétrica - FSE, foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO ILUM	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2016	19/07/2016	90	38,64

MARIA DO SOCORRO DA SILVA
R. LUIZ JOSE S95 595 B-URBANO
CPF: 00093423497300
CEP: 64.145-000 - PORTO

ROT: 129.324.07.32.53700X

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Nível:	6778	Nível:	12/07/2016
Anterior:	6689	Anterior:	13/06/2016
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	11/08/2016
Consumo Medido:	90	Finalidade:	12/07/2016
Consumo Faturado:	90	Apresentação:	29
NORMAL			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classificação:	Letreiro:	Número Medidor:	Posto:
RESTO.BX. RENDA	MONO	A1036027	
			Código Fato: 1.4.1.1
			Média 12 meses: 72

HISTÓRICO LUM		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	Consumo		
JUN/16	108	30 A R\$ 0,203706 =	6,11
MAI/16	76	60 A R\$ 0,349107 =	20,95
ABR/16	70	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTP)	5,05
MAR/16	66	DIFERENÇA DE TARIFA	25,90
FEV/16	55	SUBVENCAO BAIXA RENDA	19,37
JAN/16	76		
DEZ/15	69		
NOV/15	75		
OUT/15	62		
SET/15	71		
TARIFA DE TRIBUTOS:			
CPA 16	0,153200		
CPA 36	0,260550		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
06/2016	48,80
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/07/2016, em função das contas reavulsadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar em corte e inclusão do nome do consumidor na SEPSA - Informar aos órgãos existentes contatos vencidos e já reavulsados) no valor de R\$ 197,84 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.	

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO SUS: LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 1149.CICC.ED9F.1B3B.5BC1.0AF2.78B3.CA0A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	13,54	Base de Cálculo:	52,96
Energia:	19,93	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	1,83	Valor do ICMS:	10,59
Encargos:	4,30	Valor do PIS:	0,49
Tributos:	13,36	Valor do COFINS:	2,28

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
1	2	3	4	5	6	7	8
7,66	15,32	30,65	3,73	7,47	14,95	4,31	
0,00			0,00		0,00		
MATIAS OLIMPIO							05/2016
							3,90

ROT: 129.324.07.32.53700X





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 LEONARDO DE CARVALHO FREITAS, portador(a) do

RG nº 2.502 073, expedido por SSP, em

25/07/2002 CPF/CNPJ nº 007 044 833-78

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) NELSON

DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima NELSON DA SILVA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AGENTE DE SAÚDE Renda Mensal: R\$ 1.014,00

Documentos comprobatórios: RG e CPF/Comp. Residência

Leonardo de Carvalho Freitas
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA DA CRUZ VIANA DA SILVA

RG nº 1237.174, data de expedição 16/11/87

Órgão SSP, portador do CPF nº 017.195.003-80 com

domicílio na cidade de PORTO, no Estado de

PIAUÍ, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)

AV. MADRILIO LEITE, nº 619,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima NELSON DA SILVA, cujo o condutor era

NELSON DA SILVA

Veículo: PAS/ MOTOCICLETO

Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Ano: 2010

Placa: NIR-9267

Chassi: 902304110ARG70223

Data do Acidente: 01/08/2016

Local e Data: PORTO-PI, 25 AGOSTO 2016



Maria da Cruz Viana da Silva
Assinatura do Declarante

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

RECONHECER FIRMA

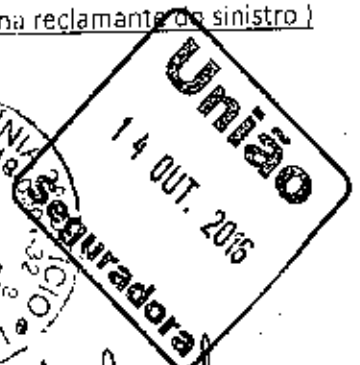
Reconheço por ☐ Semelhança, ☐ Por abonação ou
☒ Autenticidade das Firmas(s) de

Maria da Cruz Viana da Silva

peio que firmo a presente. Dou fe

Porto (PI) Em 25 de 08 de 2016

Virginia Castelo Branco Sales Andrade
Virginia Castelo Branco S. Andrade
Escrevente Substituta
CPF/MF nº 769.036.993-68



ALTA



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DOCUMENTO 5 *T5%*



NOME DO PACIENTE: NELSON DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 414 389

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 1620 - Redenção - Fone: 86 3029 4000

TERESINA-PI-CÉP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

alta

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	NELSON DSA SILVA	Prontuário:	414389
Mãe:	MARIA DO SOCORRO DA SILVA	Pai:	
End.Resid.:	RUA DR. MARIA CARVALHO SANTOS, 2204 - PORTO FLORESTAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-080		
Nascimento:	26/06/1983	Idade:	33a:2m:7c
Sexo:	Masculino	Fone:	86-98383-4289
Responsável:	MARIA DO SOCORRO DA SILVA	CNS:	705004294116756
Profissão:	LAVRADOR	Documento:	RG: 1380699199965 - SSPPI
G. Instrução:	Não informada	E.Civil:	solteira(a)
End.Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	560363	Data:	02/08/2016 19:29:32	Condução:	CONDUÇÃO EM VEÍCULO
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)			Convênio:	S U S
Acid.Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundário:	V299

OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Anal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento recente	ORTOPEDISTA	Verde
Breve História:	Profissional Class. Risco:		
VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO EM 1 DIA, ESTABELECE-SE EM 1 DIA DE TRATAMENTO EM 1 DIA DE TRATAMENTO EM 1 DIA DE TRATAMENTO	ROMAN REZENDE HOLANDA COREM 22664 PI Em: 02/08/2016 19:37:24		

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)

Paciente psiquicamente alterado, com quadro de ansiedade, com quadro de ansiedade, com quadro de ansiedade.			
PA	X	Pulso:	Temp.:
Diagnóstico Clínico:	M. Ulceras, Vertigem		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	
882515788	
882515788	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA:	HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Médica



centro cirúrgico

Adelson DA GVA

grows clouds

12th of place e tempo

Ames

Genes (122)

Amir (E?)

Anestesia

Anestesijska

neotésico(a) Frank + Tall

Anestesia
Furo: EV + 2ml

Médico Anestesiologista

04/08/16

Inicio

~~CONFIDENTIAL~~

First

13.00 (2.00)

Diagnóstico Pós-operatório

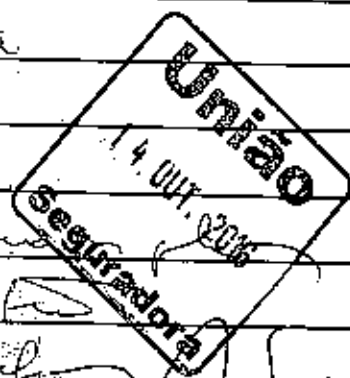
Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Pinto e ...
Anjo e atropio
Tempo e tempo
Linha e linha; de novo
de novo e de novo
Pais e Pais e Pais
Linha e Linha
Cintura

Dr. Leopoldo
Ortiz



Dr. Leandro Ponce León
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 2608

PREScrição Médica

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. DE APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
02	08	04	05	06	07
03	09	05	06	07	08
04	10	06	07	08	09
05	11	07	08	09	10
06	12	08	09	10	11
07	13	09	10	11	12
08	14	10	11	12	13
09	15	11	12	13	14
10	16	12	13	14	15
11	17	13	14	15	16
12	18	14	15	16	17
13	19	15	16	17	18
14	20	16	17	18	19
15	21	17	18	19	20
16	22	18	19	20	21
17	23	19	20	21	22
18	24	20	21	22	23
19	25	21	22	23	24
20	26	22	23	24	25
21	27	23	24	25	26
22	28	24	25	26	27
23	29	25	26	27	28
24	30	26	27	28	29
25	31	27	28	29	30
26	32	28	29	30	31
27	33	29	30	31	32
28	34	30	31	32	33
29	35	31	32	33	34
30	36	32	33	34	35
31	37	33	34	35	36
32	38	34	35	36	37
33	39	35	36	37	38
34	40	36	37	38	39
35	41	37	38	39	40
36	42	38	39	40	41
37	43	39	40	41	42
38	44	40	41	42	43
39	45	41	42	43	44
40	46	42	43	44	45
41	47	43	44	45	46
42	48	44	45	46	47
43	49	45	46	47	48
44	50	46	47	48	49
45	51	47	48	49	50
46	52	48	49	50	51
47	53	49	50	51	52
48	54	50	51	52	53
49	55	51	52	53	54
50	56	52	53	54	55
51	57	53	54	55	56
52	58	54	55	56	57
53	59	55	56	57	58
54	60	56	57	58	59
55	61	57	58	59	60
56	62	58	59	60	61
57	63	59	60	61	62
58	64	60	61	62	63
59	65	61	62	63	64
60	66	62	63	64	65
61	67	63	64	65	66
62	68	64	65	66	67
63	69	65	66	67	68
64	70	66	67	68	69
65	71	67	68	69	70
66	72	68	69	70	71
67	73	69	70	71	72
68	74	70	71	72	73
69	75	71	72	73	74
70	76	72	73	74	75
71	77	73	74	75	76
72	78	74	75	76	77
73	79	75	76	77	78
74	80	76	77	78	79
75	81	77	78	79	80
76	82	78	79	80	81
77	83	79	80	81	82
78	84	80	81	82	83
79	85	81	82	83	84
80	86	82	83	84	85
81	87	83	84	85	86
82	88	84	85	86	87
83	89	85	86	87	88
84	90	86	87	88	89
85	91	87	88	89	90
86	92	88	89	90	91
87	93	89	90	91	92
88	94	90	91	92	93
89	95	91	92	93	94
90	96	92	93	94	95
91	97	93	94	95	96
92	98	94	95	96	97
93	99	95	96	97	98
94	100	96	97	98	99
95	101	97	98	99	100
96	102	98	99	100	101
97	103	99	100	101	102
98	104	100	101	102	103
99	105	101	102	103	104
100	106	102	103	104	105
101	107	103	104	105	106
102	108	104	105	106	107
103	109	105	106	107	108
104	110	106	107	108	109
105	111	107	108	109	110
106	112	108	109	110	111
107	113	109	110	111	112
108	114	110	111	112	113
109	115	111	112	113	114
110	116	112	113	114	115
111	117	113	114	115	116
112	118	114	115	116	117
113	119	115	116	117	118
114	120	116	117	118	119
115	121	117	118	119	120
116	122	118	119	120	121
117	123	119	120	121	122
118	124	120	121	122	123
119	125	121	122	123	124
120	126	122	123	124	125
121	127	123	124	125	126
122	128	124	125	126	127
123	129	125	126	127	128
124	130	126	127	128	129
125	131	127	128	129	130
126	132	128	129	130	131
127	133	129	130	131	132
128	134	130	131	132	133
129	135	131	132	133	134
130	136	132	133	134	135
131	137	133	134	135	136
132	138	134	135	136	137
133	139	135	136	137	138
134	140	136	137	138	139
135	141	137	138	139	140
136	142	138	139	140	141
137	143	139	140	141	142
138	144	140	141	142	143
139	145	141	142	143	144
140	146	142	143	144	145
141	147	143	144	145	146
142	148	144	145	146	147
143	149	145	146	147	148
144	150	146	147	148	149
145	151	147	148	149	150
146	152	148	149	150	151
147	153	149	150	151	152
148	154	150	151	152	153
149	155	151	152	153	154
150	156	152	153	154	155
151	157	153	154	155	156
152	158	154	155	156	157
153	159	155	156	157	158
154	160	156	157	158	159
155	161	157	158	159	160
156	162	158	159	160	161
157	163	159	160	161	162
158	164	160	161	162	163
159	165	161	162	163	164
160	166	162	163	164	165
161	167	163	164	165	166
162	168	164	165	166	167
163	169	165	166	167	168
164	170	166	167	168	169
165	171	167	168	169	170
166	172	168	169	170	171
167	173	169	170	171	172
168	174	170	171	172	173
169	175	171	172	173	174
170	176	172	173	174	175
171	177	173	174	175	176
172	178	174	175	176	177
173	179	175	176	177	178
174	180	176	177	178	179
175	181	177	178	179	180
176	182	178	179	180	181
177	183	179	180	181	182
178	184	180	181	182	183
179	185	181	182	183	184
180	186	182	183	184	185
181	187	183	184	185	186
182	188	184	185	186	187
183	189	185	186	187	188
184	190	186	187	188	189
185	191	187	188	189	190
186	192	188	189	190	191
187	193	189	190	191	192
188	194	190	191	192	193
189	195	191	192	193	194
190	196	192	193	194	195
191	197	193	194	195	196
192	198	194	195	196	197
193	199	195	196	197	198
194	200	196	197	198	199
195	201	197	198	199	200
196	202	198	199	200	201
197	203	199	200	201	202
198	204	200	201	202	203
199	205	201	202	203	204
200	206	202	203	204	205
201	207	203	204	205	206
202	208	204	205	206	207
203	209	205	206	207	208
204	210	206	207	208	209
205	211	207	208	209	210
206	212	208	209	210	211
207	213	209	210	211	212
208	214	210	211	212	213



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04, 08, 16

NOME DO PACIENTE: Nelson da Silva	PRONTUÁRIO Nº: 2114389
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 08
CIRURGIÃO: Leandro	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Leandro	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Jucilene	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 6,5, 7,0 e 7,5	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 8,0 e 8,5	PAR	04	
AGULHA RAQIJE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	15	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	50	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	0		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	01		Esponja	10	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO				
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	3-0	03		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL							
VICRYL	2-0	01					
PROLENE				CIRCULANTE: Evandro			



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO
HOSPITAL DR. ROOSEVELT BASTOS
AV. NERCIU MENDES ARCOVERDE 369 - CENTRO PORTO-PI
CNPJ: 06.554.414/0001-49
CEP: 64145-000 FONE: 3243-1260



RÉGISTRO

SUS 30500294116256

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME

Nelson da Silva

DATA DE NASCIMENTO

14/06/83

PROFISSÃO

Locador

COR

Br

SEXO

MAS

FEM

NATUR

Bras - n/a

TELEFONE

3883.428

RG

1292699/994

FILIAÇÃO

PAI

MAE Maria do Socorro da Silva

ENDEREÇO

Rua multissão R. Lemos, 100

MUNICÍPIO

Porto

ESTADO

PI

CEP

64145000

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ATENDIMENTO

01/08/16

HORA

12

PROFISSIONAL

12

MOTIVO DO ATENDIMENTO

do id - sobre 100%

Atividade de 100%

DIAGNOSTICO

período de 100%

DOCUMENTO 1 *T1%*



PSF 05

Nelson da Silva

Maria do Socorro da Silva
rua Luis José, Bairro Multinô

Nº 5515, bairro 26/06/1983 Brejo-MA (abril 2017)

ANAMNESE

Relato do acidentado o braco Direito
paciente de 33 anos, que sofreu acidente de transit
e fratura da clavícula direita, após se queixar de dor no
ombro direito.

Antecedentes pessoais — não se aplicam

Antecedentes de saúde

Imunizante atualizado

Antecedentes de saúde

baixo nível econômico

Paciente aparentemente magro peso: 55 kg, Alt: 166 cm.
IMC: 20,3. PA: 140/100 mmHg. Observo cicatriz cirúrgica
na região da clavícula, dolorosa à palpação.

HAS para estudo

seguida da fratura da clavícula

solicitado estudo para avaliar HAS



Osmel Chacon Rodriguez
RMS-01 2208265

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

TRATAMENTOS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONSULTA BASICA _____ ☐
AEROSSOL _____ ☐
DRENAGEM DE ABCESSO _____ ☐
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO _____ ☐
PEQUENA CIRURGIA _____ ☐
SUTURA SIMPLES _____ ☐
TERAPIA MEDICAMENTOSA _____ ☐
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO _____ ☐
RETIRADA DE PONTOS _____ ☐
RETIRADA DE GESSO _____ ☐
CURATIVO _____ ☐

DATA:

07/01/17

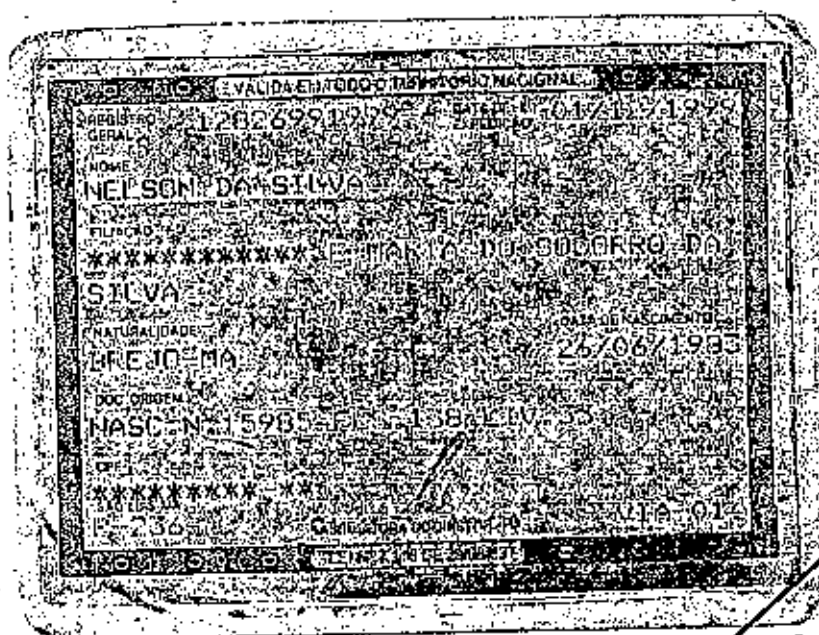
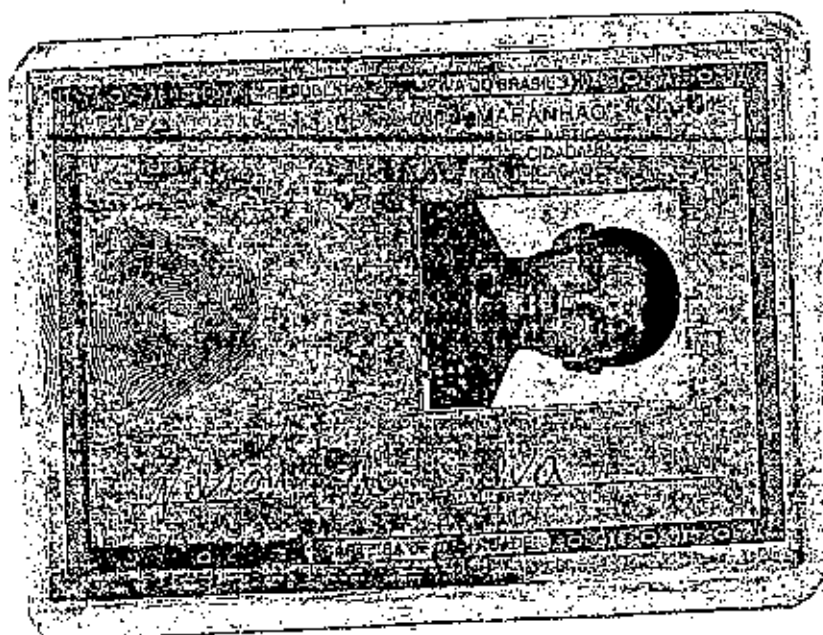
ASSINATURA DO MEDICO

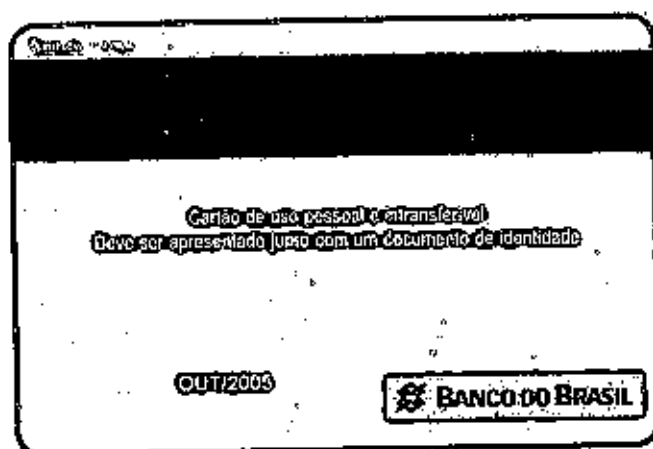
Maria do Socorro da Silva
CRM PI 2876
CPF: 703.703.873.88

NOME:

Maria do Socorro da Silva

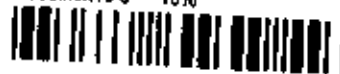


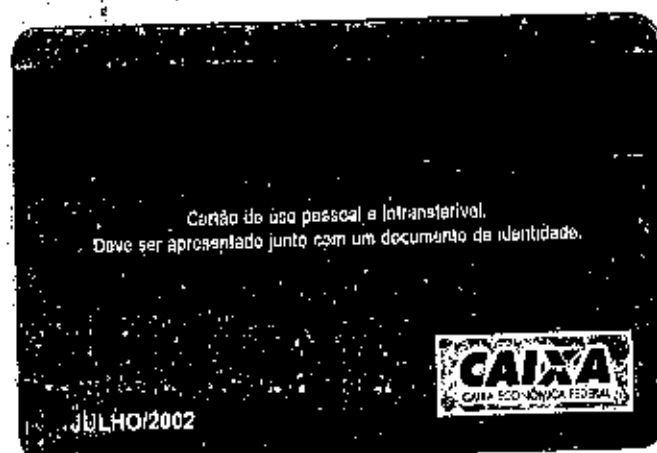






DOCUMENTO 3 "T396"





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 9172851444
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
000028444

33c7 VIA 1 332022803 EXERCÍCIO 2010

66ab 1 332022803
7064
b079
74bc MARIA DA CRUZ VIANA DA SILVA
9c5f
baf8
0723 *****
E006 *****
6712 *****

01719500380

NIR-9267

9C2JC4110AR670223

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

2010 2010

02P/0124CC

PARTIC

PRETA

IPVA
1ª
2ª
3ª
PAGO

PREÇO TARIÁRIO (R\$) OF (R\$) PAGO DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

ALIEENACAO FIDUCIARIA
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

PORTO

28/06/2011

JOSE ANTONIO VASCONCELOS
DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
MOTOCICLOS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, ADESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PI Nº 9172851444 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO
2010

01719500380

NIR-9267

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI Nº 9172851444 EXERCÍCIO 2010 DATA EMISSÃO 28/06/2011

1 01719500380 NIR-9267

332022803 HONDA/CG 125 FAN KS

2010 9C2JC4110AR670223

PRÊMIO TARIÁRIO

FNS (R\$) 038,11 DENATRA (R\$) 004,23 CUSTO DO SEGURO (R\$) 042,34

CUSTO DO BILHETE (R\$) 003,90 OF (R\$) 000,33 CUSTO DO SEGURO (R\$) 088,95

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 16/06/2011

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

DOCUMENTO 7 T7%



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160626332

Cidade: Porto

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NELSON DA SILVA

Data do acidente: 01/08/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ OMBRO DIREITO 50% DE 25%

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

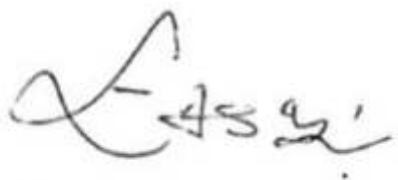
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160626332

Cidade: Porto

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NELSON DA SILVA

Data do acidente: 01/08/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO LEVE DA ABDUÇÃO COMPLETA DO OMBRO E FORÇA DE CARGA NO MEMBRO. DISCRETA DEFORMIDADE LOCAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO DA LESÃO COM OSTEOSINTESE.EVOLUIU COM SEQUELA FUNCIONAL NO MEMBRO;

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/01/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

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 membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

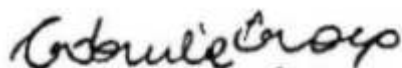
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

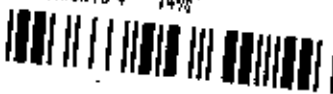
Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: NELSON DA SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
 Profissão: LAURADOR
 Identidade: 128 26993999-6 CPF: 030.604.963-58
 Endereço: RUA LUIZ JOSE Nº 595 PORTO-PI

OUTORGADO:

Nome: LEONARDO DE CARVALHO FREITAS
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
 Profissão: AGENTE DE SAÚDE
 Identidade: 2 502 073 CPF: 007 044 833-78
 Endereço: RUA BENITO RÊGO Nº 149

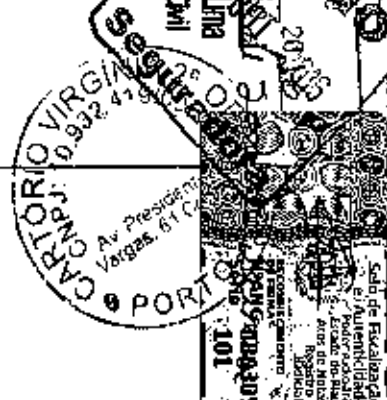
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de 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 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 Obrigatório-DPVAT para a vítima NELSON DA SILVA

PORTO-PI 25 DE AGOSTO DE 2016

Local e data

Nelson da Silva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECONHECER FIRMA

Assinatura por ☐ Serenidade ☐ Surpresa ou
☒ Autenticidade (Assinatura) de Nelson
da Silva

2º OFÍCIO