

Browser tabs: Email - Alana Lima, Controle de docum..., Mensagens, Sistema SAI - C..., Consulta processo..., 0808389-33.2020.8..., Nota Fiscal de Serv...

Address bar: Não seguro | tjpi.pjejus.br/Lg/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=493958&ca=d7b74faeabd45bc5b...

Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

PJE ProceComCiv 0808389-33.2020.8.18.0140
FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO...

12017614 - CONTESTAÇÃO (2750103 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 21/09/2020 09:39:51

21 Sep 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 12017608 - CONTESTAÇÃO
 - 12017614 - CONTESTAÇÃO (2750103 CONTESTACAO 01)
 - 12017623 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12017636 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12017797 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12017800 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 9

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08083893320208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DNVAT, em caso de invalidez, especial de...

PT 09:40 21/09/2020



21/09/2020

Número: **0808389-33.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **29/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12017623	21/09/2020 09:39	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, Sérgio Lucas Vieira Lima
RG nº 3.606.265, data de expedição 03/06/11
Órgão SSP, portador do CPF nº 063.338.123-60
com domicílio na cidade de Terresina, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Quadrado G3 Condição Terresina Sul, nº 05
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 Fernando Vieira de Andrade, cujo o condutor era Geiziane Maria Vieira Lima
Veículo: BIZ Modelo: 110 I Ano: 2019
Placa: DRP-4559 Chassi: 9C2JC7000KR003385
Data do Acidente: 19/01/19

Local e Data: CROZAMENTO DA AVENIDA NOZ MENDES 19/01/19

Sérgio Lucas Vieira Lima  **2º OFÍCIO**
Assinatura do Declarante

Geiziane Maria Vieira Lima
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis - 2ª Circunscrição - Teresina- Piauí
Teresina-PI - CEP 64.040-502 / fone: (085) 3304-2196 e-mail: carlos@tblt.com.br
Rafael Menezes da Oliveira Sousa - Tabelião Público - Portaria nº 3088/2017 - RJ/PC/2018/0101 - Teresina-PI

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SÉRGIO LUCAS VIEIRA LIMA, EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ.
TERESINA, 02/09/2019 14:55:19
SELO AAF20548 - 32AN CONSULTE EM www.tjpi.jus.br/portalexta



Lúcia Mirtes de Sousa do Nascimento
LÚCIA MIRTES DE SOUSA DO NASCIMENTO - ESCRIVENTE
of. R\$ 3.85 T.J. R\$ 0.77 M.F. R\$ 0.16 Sel. R\$ 0.00 Total: R\$ 4.78



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 autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato conosco, informe esse NÚMERO:

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 027701998

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	368	395,64

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	21430	Atual:	24/09/2019
Anterior:	21062	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	368	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	368	Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Pac.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	204

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
AGO/19	285	CONSUMO	368 A R\$ 0,974683 = 358,68
JUL/19	222	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	28,94
JUN/19	205	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00	0,04
MAI/19	204	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00	0,53
ABR/19	178	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00	0,44
MAR/19	243	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00	0,11
FEV/19	297	MULTA POR ATRASO 08/19-00	5,52
JAN/19	365	JUROS POR ATRASO 08/19-00	1,38
DEZ/18	57	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	14,71
NOV/18	0		

TARIFA SEX TRIBUTOS:
0 A 368 - 0,055310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

*Não pode optar pelas opções de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 4301.D09F.81CB.2C70.B985.A944.4458.D4F6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	70,54	Base de Cálculo:	358,68
Energia:	136,30	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,05	Valor do ICMS:	96,84
Encargos:	11,28	Valor do PIS:	3,68
Tributos:	117,51	Valor do COFINS:	16,99

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
OCC		FC		DMC		CICR	
Mensal	Semestral	Mensal	Semestral	Mensal	Semestral	Mensal	Semestral
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizado	0,00		0,00		0,00		0,00

Conjunto TERESINA-MACAUBA 07/2019 78,61

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$



0051869-7

395,64

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

09/2019

01/10/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)

Nº da Nota Fiscal: 027701998 FCAM

83660000003 5 95640017000 0 00000000051 3 86970919008 4



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 21430 NORMAL TOTAL: 395,64 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072

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/BIBLIOTECAWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernanda Velina De Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 875.244.813/49 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Fernanda Velina De Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 875.244.813/49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(86) 99534-6565</u>		

Teresina, 27 de Setembro de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
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	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local	
	2675	19/11/19	28819	09:30	9:37	
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
	10 Endereço	Av. Noi Menos				
	11 Bairro	Renascer III				
Dados do Paciente	12 Município-UF	THER-PI				
	13 Ponto de referência	UPA				
Tipo de Ocorrência	14 Nome	Fernanda Vieira de Andrade				
	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado				
Acidente de Transporte	16 Idade	36				
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Exame Físico	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				
	19 Vítima	20 Meio de locomoção				
Assistência	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança				
	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais				
Hospital de Destino	25 Local da lesão	26 Pupilas				
	27 Pulso	28 Sangramento				
Observações Interdisciplinar	29 Dor	30 Ferida				
	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino				
33 Condições de entrada						
34 Óbito						
Observações Interdisciplinar						
Assinaturas						

Resposta Verbal: 5 - Orientada, 4 - Confusa, 3 - Palavras inapropriadas, 2 - Palavras incompreensíveis, 1 - Nenhuma

Resposta Motora: 6 - Obedece a comandos, 5 - Localiza dor, 4 - Movimento de retirada, 3 - Flexão anormal, 2 - Extensão anormal, 1 - Nenhum

Sinais Vitais: Pulso 83, Resp. 23, PA 140x80, TAX. 94, SatO2 94

Local da lesão: Diagrama do corpo humano com seta no pé direito.

ESCALA DE DOR DE 0 A 10: 0 - Sem Dor, 1 - Leve, 3 - Moderada, 7 - Intensa, 10 - Intensa

Procedimentos realizados: 1 - Sim 2 - Não

Hospital de Destino: 32 Hospital de Destino: COT.

Condições de entrada: 33 Condições de entrada: 1 - Melhorado, 2 - Piorando, 3 - Inalterado

Óbito: 34 Óbito: 1 - Sim, 2 - Não

Observações Interdisciplinar: Pet simples concluiu-se em motocicleta quando ocorreu acidente com dor intensa no pé direito e punho direito, segue consciente, orientada, sem sinais de trauma, sem dor, sem feridas, sem queixas, sem alergia, sem diabetes, sem hipertensão, sem doenças crônicas.

Assinaturas: Socorristas Médico: [Assinatura], Enfermeiro: [Assinatura], Condutor: [Assinatura]

1.2011

AGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.037.474/0001-00 - LE 39969374
R. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64000-040, Teresina - PI
Telefone: (0800) 220 2000 ou 333 / (86) 98124-3199

TC 1.38
20190813102635

MATRICULA
12817970-8

RATURA Nº
MÊS / ANO
152551858
8/2019

CLIENTE
EURIDES VIEIRA DE ANDRADE

CON RENASCENÇA
II, Q-058-C-11A-RENASCENÇA-TERESINA-PI-cep:64082550

009-00002-005040

PERÍODO	TÍPO	UOQ	FATURADO
08/2019	1.140	12	12
09/2019	1.140	16	16
10/2019	1.140	17	17
11/2019	1.140	14	14
12/2019	1.140	15	15

1 Residencial - Normal

ANTERIOR 12/07/2019 188
ATUAL 13/08/2019 197

CONSUMO MÊS 10

PS. PASEP 08,66x1,65% = 8,58
COPINS 30,66x7,68% = 2,30

TABELA DE TARIFAS
RESIDENCIAL
1ª 35 5,7120 00
2ª 99999 9,9910 00

VALOR REFERENTE AGUA - 30,66
> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO R\$/M³ E (R\$)

VENCIMENTO
25/08/2019

TOTAL A PAGAR
30,66

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
Nossos arquivos acusam() 1 débito(s).
Procure a loja de atendimento.

NOTIFICAÇÃO

Conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARAMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ODOR (UOQ)	2561	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2667	2618	49	6,08	Inferior a 15
PH	2879	2842	37	6,78	6,00-9,50
TURBID. COU	2803	2740	63	1,82	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARAMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COU	1027	1025	2	Ausente	Ausente
	1027	1027	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO 13/08/2019 HORA DA EMISSÃO 10:26

TC 1.38
20190813102635

AGUAS DE
TERESINA

MATRICULA
12817970-8

RATURA Nº
MÊS / ANO
152551858
8/2019

VENCIMENTO
25/08/2019

VALOR A PAGAR
30,66

82630000000-5 30661535000-7 00201915255-8 18580100104-0



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).
Neste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
central de atendimento para esclarecimentos através do
telefone 0800 220 2000 ou 333 / (86) 98124-3199.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002174/2019-93

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 07/06/2019 - 15:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. NOE MENDES, Nº:

Complemento

Bairro

RENASCENÇA I

Ponto de Referência

Data/Hora

19/01/2019 - 09:00

55 0798

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE

RG: 1852753

Mãe: EURIDES VIEIRA DE ANDRADE

Endereço: QUADRA 58, CASA 11, Nº

Bairro: RENASCENÇA II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9916-9809

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE ERA PASSAGEIRA DA MOTO HONDA/BIZ 110, ANO 2018/2019, PLACA QRP-4559, PROPRIETÁRIO SERGIO LUCAS VIEIRA LIMA, CONDUTOR GECIARA MARIA VIEIRA LIMA, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO INVADIU O SINAL VERMELHO E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA A CLINICA CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Narceiza Da Mota Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE PO

Fernanda Vieira de Andrade
FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Azeite Real Parabo
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
M.O. 104.112.3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 875.244.813-49 4 - Nome completo da vítima: Fernanda Vieira de Andrade

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

5 - Nome completo: Fernanda Vieira de Andrade 6 - CPF: 875.244.813-49
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Renascença II 9 - Número: 11 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Renascença 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64082-550
15 - E-mail: eduanseguros2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86)99534-6565

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0029 CONTA: 67 804 0 AGÊNCIA: CONTA: (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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (vairasos)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 27/09/19

Fernando Vieira de Andrade

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 nascturo (vai nascer)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)







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, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190562618

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

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 14846310

Pag. 00265/00266 - carta_01 - INVALIDEZ

00030133





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, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190562618 Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 20/08/2019, emitido pelo Dr. CELSO A. MENDES COIMBRA CRM nº 3918 - PI, da Instituição COT, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00863/00864 - carta_31 - INVALIDEZ

00060432



Carta nº 14946376



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190599566**

Nome do(a) Examinado(a): **FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Conjunto Renascença II, 11 - Teresina - PI - CEP 64082-550

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1652753**

Data e local do acidente: [**19/01/2019**]

AV NOE MENDES BAIRRO RENASCENCA I TERESINA PI

Data e local do exame: [**05/11/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA PATELA DIREITA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 110º) DO JOELHO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM ABRIL DE 2019.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do joelho direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369788/19

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA : 875.244.813-49

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: 23/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE

RG: 1.652.753

ORG. EMISSOR: SSP/PI

D. EXPEDIÇÃO: 20/03/2019

CPF: 875.244.813-49

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

PROFISSÃO: AUTONOMA

ENDEREÇO: COM RENASCENCA II QD-058 C-11A

Nº: 1

COMPLEMENTO: CASA

BAIRRO: RENASCENCA

CIDADE: TERESINA

ESTADO: PIAUI

CEP: 64085-550 TELEFONE :

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES

RG: 4.119.262

ORG. EMISSOR: SSS/PI

D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14

CPF: 840.173.173-91

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

PROFISSÃO: RECUSO

ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO

Nº: 544

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: TERESINA

UF: PI

CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA :

Fernanda Vieira De Andrade

Data do acidente de trânsito : 29/03/2019

Cobertura da vitima : Integral

LOCAL / DATA : 03/09/2019

6º OFÍCIO

Fernanda Vieira de Andrade

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina
Lacy Lima de Azevedo
Escritor Autorizada

Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina
Lacy Lima de Azevedo
Escritor Autorizada



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190599566 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @PG.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190599566 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 110º) DO JOELHO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM ABRIL DE 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/11/2019

Conduta mantida:

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190599566 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @PG.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190599566 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 110º) DO JOELHO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM ABRIL DE 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369788/19

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA : 875.244.813-49

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: 23/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa







**CLÍNICA
MACHADO**

RELATÓRIO MÉDICO

Declinamos que Fernando Vieira de Andrade, foi vítima de acidente de trânsito Foto ocorrido em 19.01.19 às 9:00hs, tendo sofrido forte trauma que mis. ocasionando com fratura do polo inferior do patela direita, tendo sido efetivado tratamento cirúrgico, com alta definitiva, foi também realizado acompanhamento fisioterápico relato como sequelas: dores com limitação no movimento, com sensação de encurtamento do membro atingido. Com capacidade funcional de 80%.

Eufreaf
18.10.19

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva



Centro Ortopedico Teresina Ltda
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1

Por: GWS Em: 29/08/2019

Paciente: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA
End. Q 20 CASA 03 Bairro RENASCENÇA III Cid. TERESINA UF PI CEP 64000000 Fone 869 9547 1968 Ident.: Fone 1652753

Data: 19/01/2019 10:19 DR CELSO ANTONIO MENDES C * URGÊNCIA IAPEP
No. atend. 280289 URGENCIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM DORES EM JOELHO D
RX DE JOELHO D AP-P
FRATURA DE POLO INFERIOR DE PATELAR
GESSO TUBO





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0**86) 99991-0176

Nome:

Fernanda Vieira de Azevedo

Atestado médico

Atesto para os devidos fins que a
Paciente supracitada foi vítima de
ocidente de eletrocussão dia 19/05/19 com
lesões de 1º grau inferior de Potência Direta;
Paciente submetida a tratamento conservador
estado de alta ambulatorial com bom
cumprimento do arco de recuperação e perda
leve da força muscular.

Data 20/05/19

Dr. Celso Antonio Coutinho Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 39116 T2004 1313F

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada





Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



Paciente: 280289 FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE L

SERVER

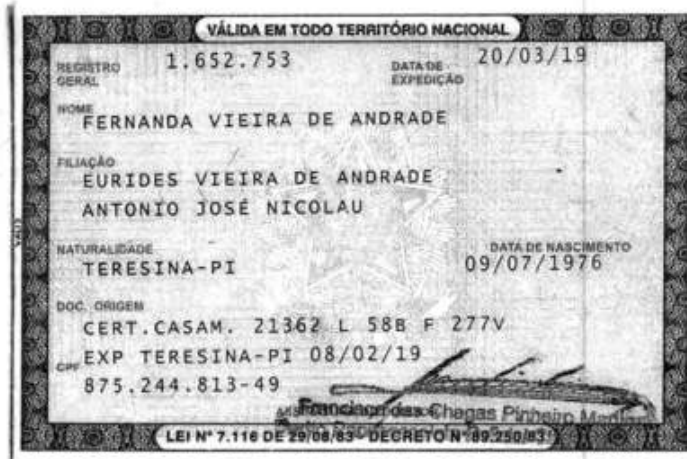


Av. Miguel Rosa, 3360 / Sul - Teresina - Piauí - Fone: (86) 3230-7900



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 21/09/2020 09:39:51
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092109395046300000011372526>
Número do documento: 20092109395046300000011372526

Num. 12017623 - Pág. 25



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

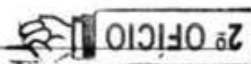
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Sérgio Lucas Vieira Lima
RG nº 3.606.265, data de expedição 03/06/11
Órgão SSP, portador do CPF nº 063.338.123-60
com domicílio na cidade de Terresina, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Quadrado G3 Condição Terresina Sul, nº 05
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 Fernando Vieira de Andrade, cujo o condutor era Geiziane Maria Vieira Lima
Veículo: BFZ Modelo: 110 I Ano: 2019
Placa: BRP-4559 Chassi: 9C2JC7000KR003385
Data do Acidente: 19/01/19

Local e Data: CROZAMENTO DA AVENIDA NOZ MENDES 19/01/19

Sérgio Lucas Vieira Lima

Assinatura do Declarante



Geiziane Maria Vieira Lima

Assinatura do Condutor

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

2º Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis - 2ª Circunscrição - Teresina - Piauí
Teresina - PI - CEP 64.040-002 / Fone: (085) 3304-2196 e-mail: cartorio@tjpi.jus.br
Re: Marilene da Oliveira Sousa - Tabelante - Piauí - Portaria nº 3088/2017 - P.J.0005248/2017 - Teresina - Piauí

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SÉRGIO LUCAS VIEIRA LIMA, EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ.
TERESINA, 02/09/2019 14:55:19
SELO AAF20548 - 32AN CONSULTE EM www.tjpi.jus.br/portalexta



LLIA MIRTES DE SOUSA DO NASCIMENTO - ESCRIVENTE
of. R\$ 3.89 T.J. R\$ 0.77 M.F. R\$ 0.16 Sel. R\$ 0.00 Total: R\$ 4.80

LLIA MIRTES DE SOUSA DO NASCIMENTO
Escritor(a) autorizada

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernanda Velina De Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 875.244.813/49 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Fernanda Velina De Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 875.244.813/49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>	

Teresina, 27 de Setembro de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante





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 autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO:

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 027701998

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	368	395,64

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	21430	Atual:	24/09/2019
Anterior:	21062	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	368	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	368	Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Pac. Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1 204

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
AGO/19	285	CONSUMO	368 A R\$ 0,974683 = 358,68
JUL/19	222	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	28,94
JUN/19	205	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00	0,04
MAI/19	204	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00	0,53
ABR/19	178	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00	0,44
MAR/19	243	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00	0,11
FEV/19	297	MULTA POR ATRASO 08/19-00	5,52
JAN/19	365	JUROS POR ATRASO 08/19-00	1,38
DEZ/18	57	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	14,71
NOV/18	0		

TARIFA SEX TRIBUTOS:
0 A 360 - 0,055310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Reservado ao Fisco 4301.D09F.B1CB.2C70.B985.A944.4458.D4F6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	70,54	Base de Cálculo:	358,68 261,83
Energia:	136,30	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,05	Valor do ICMS:	96,84
Encargos:	11,28	Valor do PIS:	3,68
Tributos:	117,51	Valor do COFINS:	16,99

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
OCC		FIC		OMC		OCCO	
Mensal	Semestral	Mensal	Semestral	Mensal	Semestral	Mensal	Semestral
Limite	5,31 10,63 21,25	3,11 6,23 12,45	3,03				
Realizado	0,00	0,00	0,00				

Conjunto TERESINA-MACAUBA 07/2019 78,61

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$



0051869-7

395,64

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

09/2019

01/10/2019

Nº da Nota Fiscal:

027701998 FCAM

83660000003 5 95640017000 0 00000000051 3 86970919008 4



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 21430 NORMAL TOTAL: 395,64 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072



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	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	2675	19/11/19	28819	09:30	9:37
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	10 Endereço	Av. Noe Meneses			
	11 Bairro	Renascer III			
Dados do Paciente	12 Município-UF	THER-PI			
	13 Ponto de referência	UPA			
Tipo de Ocorrência	14 Nome	Fernanda Vieira de Andrade			
	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
Acidente de Transporte	16 Idade	36			
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Exame Físico	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			
	19 Vítima	20 Meio de locomoção			
Assistência	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança			
	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais			
Hospital de Destino	25 Local da lesão	26 Pupilas			
	27 Pulso	28 Sangramento			
Observações Interdisciplinares	29 Dor	30 Ferida			
	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino			
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
Observações Interdisciplinares					
Socorristas					
Médico					
AE/TE					
Enfermeiro					
Condutor					

1.2011

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 21/09/2020 09:39:51

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092109395046300000011372526

Número do documento: 20092109395046300000011372526

Num. 12017623 - Pág. 30

AGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.037.474/0001-00 - LE 39969374
R. Prof. Camilo Filho, 1940, Todos os Santos - CEP 64000-040, Teresina - PI
Telefone: (0800) 220 2000 ou 333 / (86) 98124-3139

TC 1.38
20190813102635

MATRICULA
12817970-8

RATURA Nº
MÊS / ANO
152551858
8/2019

CONSUMIDOR
EURIDES VIEIRA DE ANDRADE

CON RENASCENÇA
II, Q-058-C-11A-RENASCENÇA-TERESINA-PI-cep:64082550

009-00002-005040

PERÍODO	TIPO	UOD	FATURADO
08/2019	M1 (Mês)	12	12
09/2019	L1 (Linha)	16	16
10/2019	L1 (Linha)	17	17
11/2019	L1 (Linha)	14	14
12/2019	L1 (Linha)	15	15

EDIFICAÇÃO: 1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS ANTERIOR 10

LEI 12.741/2012
PS. PASEP 08.6641.65% = 8.58
COPINS 30.6647.68% = 2.30

DATA
ANTERIOR 12/07/2019 188
ATUAL 13/08/2019 197

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO R\$ (M3) E (L)
1ª	3.7120 00
2ª	9.9999 9.9910 00

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO R\$ (M3) E (L)

VALOR REFERENTE AGUA - 30,66
> Residencial-Normal 10,0 m3 30,66

VENCIMENTO
25/08/2019

TOTAL A PAGAR 30,66

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
Nossos Arquivos acusam() 1 Débito(s).
Procure a Loja de Atendimento.

NOTIFICAÇÃO

Conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARAMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ODOR (M3)	2561	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/L
ODOR (M3)	2667	2618	49	6,08	Inferior a 15
COR APARENTE	2879	2842	37	6,78	6,00-9,50
PH	2803	2740	63	1,82	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARAMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLÓDIA COLI	1027	1025	2	Ausente	Ausente
ESCOLÓDIA COLI	1027	1027	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO 13/08/2019
HORA DA EMISSÃO 10:26

TC 1.38
20190813102635

AGUAS DE
TERESINA

MATRICULA
12817970-8

RATURA Nº
MÊS / ANO
152551858
8/2019

VENCIMENTO
25/08/2019

VALOR A PAGAR 30,66

82630000000-5 30661535000-7 00201915255-8 18580100104-0



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).
Neste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
Loja de Atendimento para esclarecimentos através do contato telefônico ou presencialmente aos débitos.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002174/2019-93

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almirallice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 07/06/2019 - 15:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. NOE MENDES, Nº:

Complemento

Bairro

RENASCENÇA I

Ponto de Referência

Data/Hora

19/01/2019 - 09:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE

RG: 1652753

Mãe: EURIDES VIEIRA DE ANDRADE

Endereço: QUADRA 58, CASA 11, Nº

Bairro: RENASCENÇA II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9916-9809

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE ERA PASSAGEIRA DA MOTO HONDA/BIZ 110, ANO 2018/2019, PLACA QRP-4559, PROPRIETÁRIO SERGIO LUCAS VIEIRA LIMA, CONDUTOR GECIARA MARIA VIEIRA LIMA, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO INVADIU O SINAL VERMELHO E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA A CLINICA CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Narceiza De Mena Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

Fernanda Vieira de Andrade
FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Nelly Leal Parafina
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
M.O. 000.571.9

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

875.244.813-49

Fernanda Vieira de Andrade

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0029 CONTA: 67 804 0 AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (vairasos)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - Piauí 27/09/19
Fernando Vieira de Andrade

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0029 CONTA: 67 804 0 AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 nascturo (vai nascer)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 27/09/19

Fernando Vieira de Andrade

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







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, 15 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190599566

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =

R\$ 843,75

Recebedor: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000067804-0

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





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, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190599566

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

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 15008934

Pag. 00453/00454 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190599566

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01267/01268 - carta_02 - INVALIDEZ

00310634



Carta nº 15016231



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233180/19

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 19/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA : 875.244.813-49

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: 10/07/2019
Nome: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA
CPF: 875.244.813-49

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190421339 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME LAUDO PERICIAL DO IML 119052, DR. JOSÉ LUIZ CASTELO B. DE SIQUEIRA, CRM/PI 1873, 10/06/2019. QUESITO 5º - NÃO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233180/19

Número do Sinistro: 3190421339

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

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: 16/08/2019
Nome: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA
CPF: 875.244.813-49

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/08/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190421339 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME LAUDO PERICIAL DO IML 119052, DR. JOSÉ LUIZ CASTELO B. DE SIQUEIRA, CRM/PI 1873, 10/06/2019. QUESITO 5º - NÃO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00





SECRETARIA DE SEGURANÇA DO PIAUÍ
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL "Gerardo Vasconcelos"
Rua Francisca de Melo Lobo, s/n.º Sacy - Fone: 86 3220 7373
TERESINA-PI CEP: 64020-190 CNPJ: 06.553.549/0001-90



LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO

Identificação do Laudo:

Pag: 1 de 1

Código: 119052	Tipo: L. CORPORAL-ACID.	Requerente: DELEGACIA DE ACIDENTES	Cidade: TERESINA-PI
Data Requisição: 10/06/2019	Remeter para: O mesmo(a)	Data Exame: 10/06/2019	Hora Exame: 15:00
Local Exame: I.M.L.	Emissão do Laudo: 10/06/2019 15:00:11		

Identificação do Periciando:

Código: 98440	Nome: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE	Nacionalidade: Brasileira	COT: PARDA
Dt. Cadastro: 10/06/2019	Endereço: QUADRA 58 CASA 11 A - CONJ. RENASCENÇA II - TERESINA - PI		
Mae: EURIDES VIEIRA DE ANDRADE	Pai: ANTONIO JOSÉ NICOLAU		
CPF: 1.652.753-SSP-PI	Registro Nascimento:		
Profissão: DIARISTA	Nascimento: 09/07/1975	Idade(anos): 42	Sexo: F
		Estado Civil: Solteiro(a)	

LAUDO:

P R E Â M B U L O: No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMLGV, André Biondi Ferraz - Perito Médico-Legista - CRM 4466 - PI, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao Exame de Corpo de Delito descrito acima do periciando também já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e co todas as circunstâncias o que encontraram e, bem assim, esclarecerem tudo quanto possa interessar. **H I S T Ó R I C O:** Pericianda orientada auto e alo psiquicamente, relata que for vítima de acidente de trânsito com motocicleta na qual se encontrava como passageira. **DESCRIÇÃO:** Ausência de corpo de delito visível no corpo da examinada no momento da realização do exame pericial. Exame de corpo de delito indireto (prova documental - exame radiológico - Código de atendimento COT - 280289 - Assinado por Dr. Carlo Augusto Moura Fé - CRM-PI 1341) demonstra que a pericianda sofrera fratura de polo inferior da patela. Como sequela atual e temporária, a pericianda tem limitação parcial da flexão do joelho afetado. A lesão sofrida incapacitou a pericianda para as ocupações habituais por mais de trinta dias, mas não leva a debilidade membro e nem incapacita ao trabalho. **PARA FINS DE SEGURO DPVAT, COM RELAÇÃO À REPERCUSSÃO NA ÍNTEGRA DO PATRIMÔNIO FÍSICO(art. 3º, Lei 6194 / 1974 - incluído pela Lei nº 11.945, de 2009), OS DANOS CORPORAIS RESIDUAIS TOTAIS DA PERICIANDA SÃO NULOS (0,0%).** **RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS:** 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? Resp. SIM. 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? Resp.: INSTRUMENTO CONTUNDENTE. 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito? Resp.: PODERÃO TER SIDO. 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: RESULTOU EM INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE TRINTA DIAS. 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: NÃO. 6) Outros dados julgados úteis? Resp.: SIM, PARA FINS DE SEGURO DPVAT, COM RELAÇÃO À REPERCUSSÃO NA ÍNTEGRA DO PATRIMÔNIO FÍSICO(art. 3º, Lei 6194 / 1974 - incluído pela Lei nº 11.945, de 2009), OS DANOS CORPORAIS RESIDUAIS TOTAIS DA PERICIANDA SÃO NULOS (0,0%). Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado. /////

JOSÉ LUIZ CASTELO B. DE SIQUEIRA
Perito Médico-Legista - CRM 1673 - PI



Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia de Repressão aos Crimes de Trânsito-DRCT
CARLORO
Certifico que a presente cópia confere com
a original. O referido é verdade e dou-lo.
Teresina-Pi 24/06/2019
maia
Escrivão de Polícia Civil
Matricula: _____

M. R. C. A. S. S. O. A.
Escrivão
Mat. 0866687



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233180/19

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE
ANDRADE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA : 875.244.813-49

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 cancela 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: 10/07/2019
Nome: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA
CPF: 875.244.813-49

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Fernanda Vieira de Andrad
Data do Acidente: 19/01/2019 Possível CPF: 825-244-813-49

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradora.lider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☒ Não - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML - ☒ Sim ☒ Não - original ou cópia autenticada
☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

☒ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☒ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal
Fernanda Vieira de Andrad CPF do portador: 825-244-813-49
E-mail: 825-244-813-49
Data: 28 junho 2019 Assinatura: Fernanda Vieira de Andrad

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):
Atendente:
Data:
Assinatura:
Matrícula:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233180/19

Número do Sinistro: 3190421339

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE
ANDRADE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

Outros



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: 16/08/2019
Nome: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA
CPF: 875.244.813-49

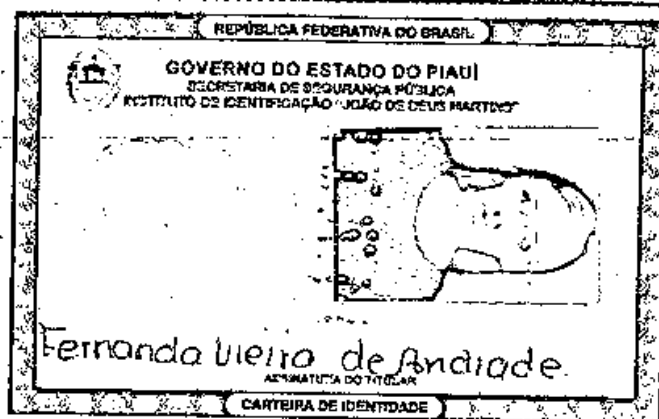
FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

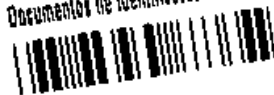
Data do cadastramento: 16/08/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira





Documentos de Identificação



VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL	
IDENTIFICADORA	1.652.753
DATA DE EMISSÃO	20/03/19
NOME: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE	
FILIAÇÃO: EURIDES VIEIRA DE ANDRADE ANTONIO JOSÉ NICOLAU	
NATURALIDADE	TERESINA-PI
DATA DE NASCIMENTO	09/07/1976
DOC. CASAM. 21362 L 588 F 277V	
EXP. TERESINA-PI 08/02/19	
875.244.813-49	
LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 89.280/83	



DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 012651705901

2013 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

012651705901

01172192046

2018

SERGIO LUCAS VIEIRA LIMA

NOME

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360

06313612360



CONTRAM		DENOMIN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES			
DETRAN - PI 0120180459791 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO 20180186410255353067B154929995318115918		Nº 012651705901 84651421071	
VIA 1 012192005 012192005		INTERIO 012192005	
SERGIO EDUAS VIEIRA LIMA RS TERESINA, 801, QD-61 ANGELIM 00000 PI		06313812360 06313812360 06313812360	
ITAIM COMERCIO DE MOTOCICLETAS LTDA 9C2JJC7000KR003385		06313812360 06313812360 06313812360	
EAS/MOTOCICLETA / MENHUMA HONDA/BIZ 110i 02P/0109CC		06313812360 06313812360 06313812360	
OBSERVAÇÕES PPT: 000.26		06313812360 06313812360 06313812360	
ALIENACAO FIDUCIARIA ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA LT		06313812360 06313812360 06313812360	
TERESINA 20/11/2018		06313812360 06313812360 06313812360	



Declaração do proprietário do veículo



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / 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 85

Eu, Sérgio Lucas Vieira Lima
RG nº 3.606.265, data de expedição 03/06/13
Órgão _____, portador do CPF nº 063.138.123-60
com domicílio na cidade de Terresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Conquistador Teresina 901 Quadra 63 Casa 08, nº _____
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Fernando Vieira de Andrade, cujo o condutor era
GECIARA MARIA VIEIRA LIMA
Veículo: BIZ Modelo: 110 I Ano: 2018/2018
Placa: ORP-4559 Chassi: 9C2JC7000KR003385
Data do Acidente: 19/01/19

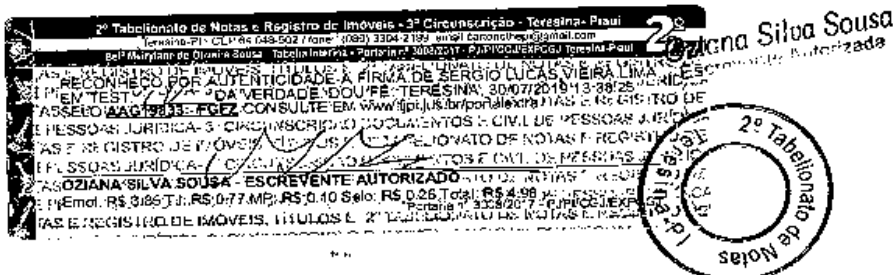
Local e Data: Avenida Nove de Junho Via pública 19/01/19

2º OFÍCIO

Sérgio Lucas Vieira Lima
Assinatura do Declarante

Geciara Maria Vieira Lima
Assinatura do Condutor

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





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

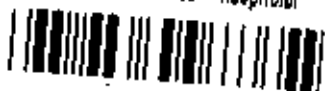
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0**86) 99991-0176

Documentação médico-hospitalar

Nome:



Ferramenta usada de Aduela

PLANTÃO

Atestado médico

Atesto para os devidos fins que a
Paciente ²⁴ ~~inquirida~~ foi vítima de
ocidente de eletrocussão dia 19/05/19 com

fratura de fêmur inferior de Potência Direta;

HORAS

sendo submetida a tratamento conservador

então de alta ambulatorial com curativo

Data 20/05/19

completo do arco de apoio e perda
leve da força muscular.

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3918 TEO: 13135

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 21/09/2020 09:39:51

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092109395046300000011372526>

Número do documento: 20092109395046300000011372526

IMPORTANTE

*Se ficar doendo, os dedos frios, pálido ou azulados após
confeção de aparelhos gessado, volte imediatamente para o
COT - Centro Ortopédico Teresina e procure seu médico ou o de plantão*

*Não introduza nenhum objeto no gesso.
Não molhe, não quebre nem corte o gesso.*

*Qualquer anormalidade durante o seu tratamento procure o
COT - Centro Ortopédico Teresina qualquer hora do dia ou da noite.*

Diagnóstico:

Tratamento:

Marcar a consulta:

Voltar dia ____/____/____





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0**86) 99833-3055

Nome: _____

***** LAUDO RADIOLOGICO *****

No. Atend: 280289 Data: 19/01/2019

Paciente: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Solicitante: DR CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

PLANTÃO

Convênio: IAPEP

Exame: 0250-RX JOELHO DIREITO

CONCLUSÃO:

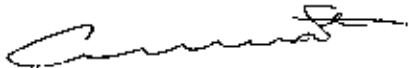
FRATURA DE POLO INFEIOR DE PATELAR
EDEMA DE PARTES MOLES

24

HORAS

Teresina(PI), 23 de Janeiro de 2019

Data ____/____/____


Dr. Carlos Augusto Moura Fê
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada**



Paciente	FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA	Atendimento	2692385
Data Nasc.	09/07/1976 42 Anos Sexo Feminino	Prontuário	525257
Endereço	QUADRA 20 CASA 13 B - RENASSENÇA III TERESINA PI	Data Entrada	23/01/2019 20:32
Convênio	IAPEP	Data Alta	24/01/2019 02:32
Sector Atend.	Pronto Atendimento - HSM	Unidade	EMERGÊNCIA
	Procedência Residência		

Dt Evolução	Profissional	Tipo evolução
23/01/2019 21:44	LAYANE MACHADO DA SILVA	Anotações de Enfermagem
Administrado medicamento: Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml) Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 2122677 LAYANE MACHADO DA SILVA 23/01/2019 21:10:00		
23/01/2019 21:44	LAYANE MACHADO DA SILVA	Anotações de Enfermagem
Administrado medicamento: Tilatil Inj. FA (20 mg) Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 2122677 LAYANE MACHADO DA SILVA 23/01/2019 21:10:00		
23/01/2019 21:44	LAYANE MACHADO DA SILVA	Anotações de Enfermagem
Administrado medicamento: Tylex 30mg Cp. Dose: 1 cp Via: VO Da prescrição: 2122677 LAYANE MACHADO DA SILVA 23/01/2019 21:10:00		

Diagnósticos		Classificação		Profissional
Data	CID	Diagnóstico	Definitivo	
23/01/2019	R509	R50.9 Febre NE		PRISCILA ARAÚJO DA SILVA - 6796

Medicamentos Administrados		Classificação		Profissional	Conselho
Medicamentos	Horário	Dose Via	ACM SN	Executor	
Dexametasona 4mg/ml inj. (FA	23/01/19 21:44:17	1 IV		Layane Machado da Silva	
Tilatil Inj. FA (20 mg)	23/01/19 21:44:22	1 IV		Layane Machado da Silva	
Tylex 30mg Cp.	23/01/19 21:44:26	1 VO		Layane Machado da Silva	





Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



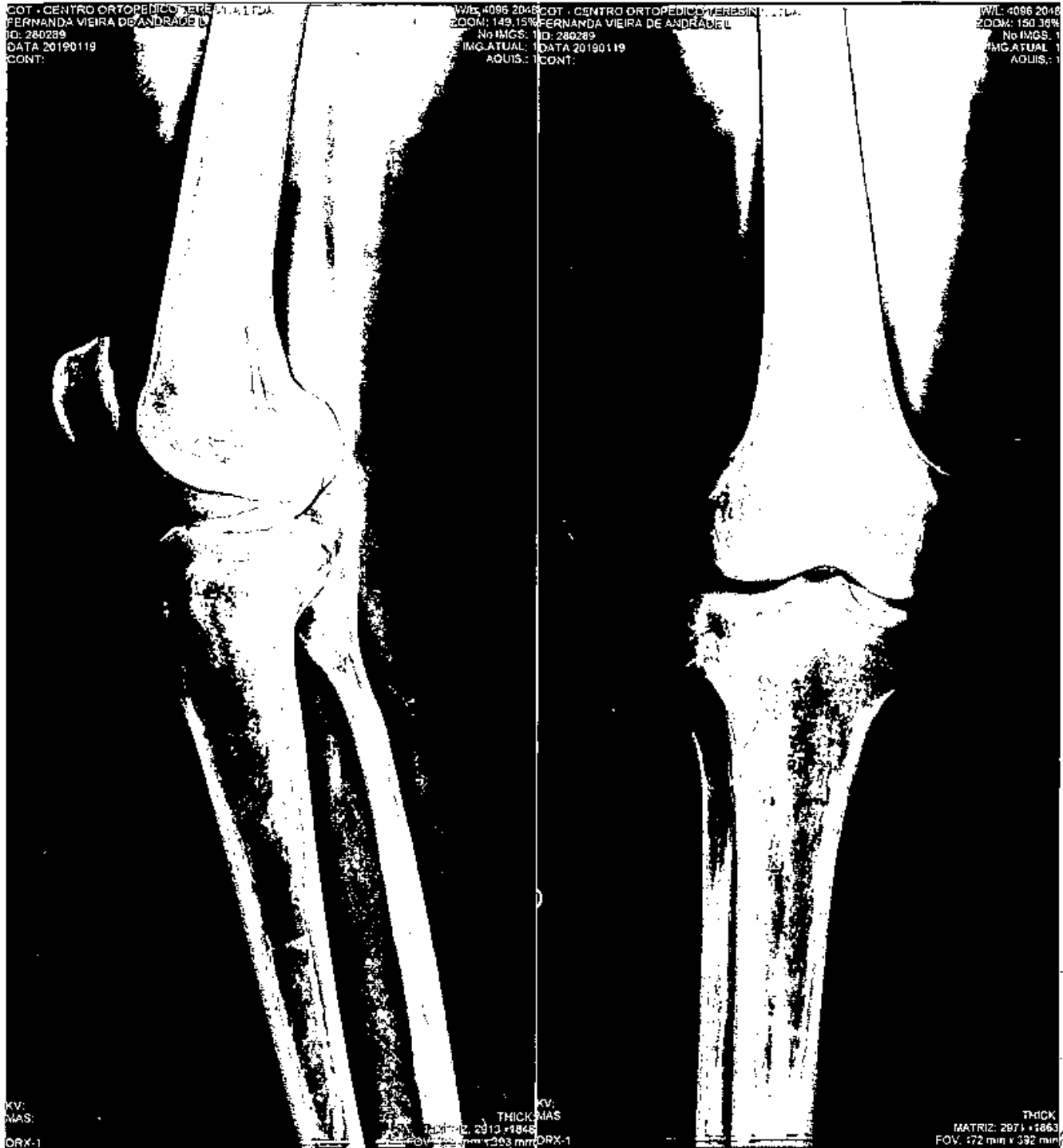
Paciente: 280289 FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE L

COT - CENTRO ORTOPÉDICO TERESINENSE LTDA.
FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE L
ID: 280289
DATA 20190119
CONT:

W/L: 4096 2048 COT - CENTRO ORTOPÉDICO TERESINENSE LTDA.
ZOOM: 149.15% FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE L
No IMGS: 1 ID: 280289
IMG-ATUAL: 1 DATA 20190119
AQUIS.: 1 CONT:

SERVER

W/L: 4096 2048
ZOOM: 150.39%
No IMGS: 1
IMG-ATUAL: 1
AQUIS.: 1



Av. Miguel Rosa, 3360 / Sul - Teresina - Piauí - Fone: (86) 3230-7900



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 21/09/2020 09:39:51
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092109395046300000011372526>
Número do documento: 20092109395046300000011372526

Num. 12017623 - Pág. 56



Paciente	FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA	Atendimento	2692385
Data Nasc.	09/07/1976 42 Anos Sexo: Feminino	Prontuário	525257
Endereço	QUADRA 20 CASA 13 B - RENASCENÇA III TERESINA PI	Data Entrada	23/01/2019 20:32
Convênio	IAPEP	Data Alta	24/01/2019 02:32
Setor Atend.	Pronto Atendimento - HSM Procedência: Residência	Unidade	EMERGÊNCIA

Di Evolucao Profissional Tipo evolução
23/01/2019 21:44 LAYANE MACHADO DA SILVA Anotações de Enfermagem
Administrado medicamento: Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml) | Dose: 1 FA | Via: IV | Da prescrição: 2122677 | LAYANE MACHADO DA SILVA | 23/01/2019 21:10:00 |

23/01/2019 21:44 LAYANE MACHADO DA SILVA Anotações de Enfermagem
Administrado medicamento: Tilatil Inj. FA (20 mg) | Dose: 1 FA | Via: IV | Da prescrição: 2122677 | LAYANE MACHADO DA SILVA | 23/01/2019 21:10:00 |

23/01/2019 21:44 LAYANE MACHADO DA SILVA Anotações de Enfermagem
Administrado medicamento: Tylex 30mg Cp. | Dose: 1 cp | Via: VO | Da prescrição: 2122677 | LAYANE MACHADO DA SILVA | 23/01/2019 21:10:00 |

Diagnósticos		Classificação		Profissional	
Data	CID	Diagnóstico	Definitivo		
23/01/2019	R509	R50.9 Febre NE		PRISCILA ARAÚJO DA SILVA - 6796	

Medicamentos Administrados		Classificação		Profissional		Conselho
Medicamentos	Horário	Dose Via	ACM SN	Executor		
Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA	23/01/19 21:44:17	1 IV		Layane Machado da Silva		
Tilatil Inj. FA (20 mg)	23/01/19 21:44:22	1 IV		Layane Machado da Silva		
Tylex 30mg Cp.	23/01/19 21:44:26	1 VO		Layane Machado da Silva		





2692385

Paciente:	FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA	Atendimento:	2.692.385	Prontuário:	525.257
Nascimento:	09/07/1976 42a 6m 14d	Convênio:	IAPEP / UNICO		
Data Entrada:	23/01/2019 20:32:49	Liberação:	23/01/2019 21:10:40	Prescrição:	2122677
Médico Resp.:	Dra. PRISCILA ARAÚJO DA SILVA (CRM 6796)	Data Presc.:	23/01/2019 21:10:00		
Prescritor:	PRISCILA ARAÚJO DA SILVA (CRM	Validade:	23/01/2019 21:10:00 / 24/01/2019 20:59:59		
Guia:	17556947	Matr. Conv.:	47458402	Senha:	17556947
Diretor Técnico Médico:					

Data de Prescrição: 23/01/2019 21:03 23/01 21:09

EVOLUÇÃO MÉDICO PA

Diagnóstico:

Anamnese / Quadro Clínico:

Paciente vítima de acidente há 5 dias, fratura de patela e uso de gesso vem ao Pa com queixa de febre não aferida, relata que febre passa por conta própria e volta há 1 dia nega tosse, nega disúria, nega outros sintomas, nega lesões na pele
HPP: NEGA COMORBIDADES, ALÉRGICA A DAPIRONA ao exame:

BEG, VIGIL, ORIENTA EIPNEICA

TAX: 37

PA: 120/80 mmHg

cd: sintomáticos + reavaliação

Medicamentos

1 Dexametasona 4mg/ml inj. (FA 2,5ml)

1 Frasco-ampola Agora. 21/10

Separar 2,5 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
Administrar 12,5 Mililitros (Agora, intravenosa)

Observação:

2 Tilatil inj. FA (20 mg)

1 Frasco-ampola Agora. 21/10

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
Administrar 12 Mililitros (Agora, intravenosa)

Observação:

3 Tylex 30mg Cp.

1 Comprimido Agora. 21/10

Observação:

Jessica Patrícia Abreu da Silva
Coren-PI 001.234.258 - TE

Priscila Araújo da Silva
CRM 6796

Priscila Araújo da Silva
CRM 6796

Impresso em 23/01/2019 21:10:43

Página 1

Pronto Atendimento - HSM

PRISCILAA / PRISCILA
EMERGÊNCIA

Paciente: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

leito/quarto:





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0**86) 99833-3055

Nome: _____

***** LAUDO RADIOLOGICO *****

No. Atend: 280289 Data: 19/01/2019

Paciente: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Solicitante: DR CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

Convênio: IAPEP

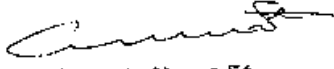
Exame: 0250-RX JOELHO DIREITO

CONCLUSÃO:

FRATURA DE POLO INFEIOR DE PATELAR
EDEMA DE PARTES MOLES

Teresina(PI), 23 de Janeiro de 2019

Data ____/____/____


Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada





2692385

Paciente:	FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA		Atendimento:	2.692.385	Prontuário:	528.257
Nascimento:	09/07/1976	42a Grm 14d	Convênio:	IAPEP / ÚNICO		
Data Entrada:	23/01/2019 20:32:49		Liberção:	23/01/2019 21:10:40	Prescrição:	2122677
Médico Resp:	Dra. PRISCILA ARAÚJO DA SILVA (CRM 6796)		Data Presc:	23/01/2019 21:10:00		
Prescritor:	PRISCILA ARAÚJO DA SILVA (CRM		Validade:	23/01/2019 21:10:00 / 24/01/2019 20:59:59		
Góla:	17556947	Matric. Conv:	47458402	Senha:	17556947	
Diretor Técnico Médico:						

23/01/2019 21:03 23/01 21:09

EVOLUÇÃO MÉDICO PA

Diagnóstico:

Anamnese / Quadro Clínico:

Paciente vítima de acidente há 5 dias, fratura de patela e uso de gesso vem ao PA com quebra de febre não aferida, relata que febre passa por conta própria e volta há 1 dia nega tosse, nega diarreia, nega outros sintomas, nega lesões na pele
HPP: NEGA COMORBIDADES, ALÉRGICA A DAPIRONA
No exame:

BEG, VIGIL, ORIENTA EIPNEICA

TAX: 37

PA: 120/80 mmHg

cd: sintomáticos + reavaliação

1 Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)

1 Frasco-ampola Agora. 21:10

Separar 2,5 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
Administrar 12,5 Mililitros (Agora. Intravenosa)

Observação:

2 Tiladil Inj. FA (20 mg)

1 Frasco-ampola Agora. 21:10

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
Administrar 12 Mililitros (Agora. Intravenosa)

Observação:

3 Tylex 30mg Cp.

1 Comprimido Agora.

21:10
Jessica Patrícia Abreu da Silva
Coren-PI 001.234.258-75

Observação:

Priscila Araújo da Silva
CRM 6796

Priscila Araújo da Silva
CRM 6796

Impresso em 23/01/2019 21:10:43

Página 1

Paciente: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Pronto Atendimento - HSM

PRISCILAA / PRISCILA
EMERGÊNCIA

Leito/quarto:





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Declaração do proprietário do veículo



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato

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

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

Eu, Sergio Lucas Vieira Lima
RG nº 3.606.265, data de expedição 03/06/11
Órgão _____, portador do CPF nº 063.138.123-60
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Contorno Teresina SUL Quadra 61 Casa 05, nº _____

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE, cujo o condutor era

GECLARA MARIA VIEIRA LIMA

Veículo: BIZ Modelo: 1.0 I Ano: 2018/2019

Placa: QRP-4559 Chassi: 9C2JC7000KR003385

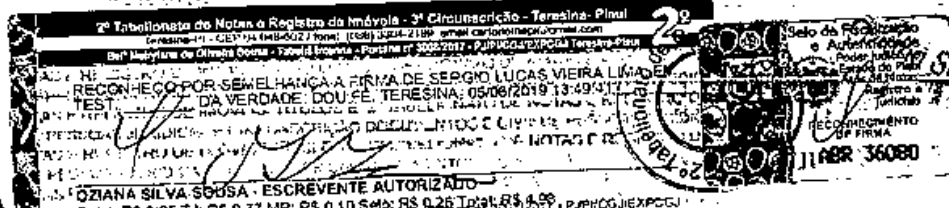
Data do Acidente: 19/01/19

Local e Data: AVENIDA NOE MENDES VIA PUBLICA 19/01/19

2º OFÍCIO Assinatura do Declarante

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

Veículo:



cepsa
ENERGIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-49 | Tel.: 3331.353-5
Rua Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime especial de Imposto de Renda pelo SEFAZ 06/99

Para CONTATO
conosco, informe
o seu NÚMERO

SEU CÓDIGO

028135-0

016904141

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

Comprovante de residência



MARÇO/2019 20-03-2019

CONSUMO (kWh) 147

TOTAL A PAGAR (R\$) 148,55

EURIDES VIEIRA DE ANDRADE
CJ RENASCENÇA II S/N QD 58 CASA 11/A RENASCENÇA II
CPF: 00013039881353

DADOS DO CLIENTE		DADOS DA LEITURA	
Atual:	20790	Atual:	1113
Anterior:	20643	Anterior:	11-02-2019
Constatante de Multiplicação:	1,000	Problema Leitura:	11-04-2019
Consumo Medido:	147	Emissão:	12-03-2019
Consumo Faturado:	147	Apresentação:	13-03-2019
Forma de Faturamento:	ECAP	Clas de Consumo:	30
Código de Regulação:	147		

NORMAS DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto
1	1	1	1

RESIDENCIAL MONO A1016107 DESCRIÇÃO DA CONTA: 1. 1. 1 128

Mês/ano consumo		CONSUMO 147 A R\$ 0,868147 = 127,61	
FEV/19	156	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	11,00
JAN/19	167	CORRECAO MONETARIA IG 02/19-00	0,01
DEZ/18	135	MULTA POR ATRASO (2X)	7,31
NOV/18	179	JUROS POR ATRASO (2X)	2,62
OUT/18	165		
SET/18	172		
AGO/18	145		
JUL/18	131		
JUN/18	160		
MAT/18	121		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO E MENSAGEM
LIGUE 0800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Participante! Até o dia 12-03-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		BASE DE CÁLCULO	
3A36 ADD0.04A4.1923		A/EG 1470 EA/9.060E	
Obrigações:		Alíquota ICMS:	127,61 99,54
Energia:	26,46	Valor do ICMS:	22,06%
Transmissão:	51,12	Valor do PIS:	28,07
Encargos:	8,65	Valor do COFINS:	1,40
Dívidas:	51,45		
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
	PC	DMC	OCM
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Liberto			
Aplicado			
Consumo			



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência

Comprovação de ato declaratório



MU
12

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	2675	19/11/19	2879	09:30	9:37
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	9:47	10:09			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	Av. Nos Menores		TERESINA-PI		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
	WPA	Fernanda Vieira de Andrade	Feminino	36	2 Não
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vítila	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	01 Acidente de transporte	1 Pedestre	1 A pé	1 Automóvel	1 Capacete
Exame Físico	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão	26 Pupilas	27 Pulso
	ABERTURA OCULAR	Pulso 83		1 Iguais	1 Radial
Assistência	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino
	1 Sim	1 Sim	1 Sim	Aspiração	COT
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada	34 Óbito	35 Observações Interdisciplinar		
	1 Melhorado	2 Antes do socorro	Pet simples concluída em motocicleta usando capacete e cinto de segurança. Colisão com outro veículo, com danos materiais e pessoais. Lesões diretas e indiretas. Sem danos graves. Pet simples concluída. Sem danos graves. Pet simples concluída.		

0: 27.11.2011



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 2675	02 Data do chamado 19/11/19	03 PRO (código) 28919	04 Saída do PA 09:30	05 Chegada ao local 09:37
	06 Saída do local 9:47	07 Chegada ao 1º hospital 10:07	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. N. M. Mendes Via pública	11 Bairro Renascença III	12 Município-UF T. HE - PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Em frente a Parapicadora				
Dados do Paciente	14 Nome Gustavo da Silva Lima	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado	2		
	16 Idade 26	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	2		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima 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	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso Resp. 20 PA 120x80 TAX. SatO2 99%	25 Local da lesão			
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor ☒ ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 30 Fratura 1 - Sim ☒ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐			
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Plácido 3 - Malterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não				
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar Paciente condutor de motocicleta usando capacete, saiu calçado com o pé direito descalçado, não apresentando ferimentos, porém com lesão no tornozelo direito, apresentando dor e inchaço.				
	Responsável pela recepção: [Assinatura] Socorristas: Médico [Assinatura] AE/TE [Assinatura] Enfermeiro [Assinatura] Condutor: Edivaldo Silva				

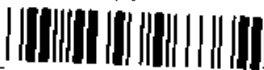
o: 27.11.2011





PEDIDO DO SEGURO

Autorização de pagamento



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:
	875-244-813-49	Fernanda Vieira de Andrade.
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Fernanda Vieira de Andrade.		
Profissão:	Endereço:	CPF: 875-244-813-49
Dianista	Q-58 C11	Número: 58 Complemento: Q-58 C11
Bairro: Rainha Sena Jr	Cidade: Teresina	Estado: PI
E-mail:		CPF: 64083-010
		Tel (DDD): 86 99169809

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

RECEITA MENSAL:

☐ RECLUSO 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: 0029 CONTA: 013 67-804 0	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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: Vivos: 3 Falecidos: _____
Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☒ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, Teresina	TESTEMUNHAS
	Nome: Fernanda Vieira de Andrade	1ª Nome: _____
	CPF: 1-652 753 - 875-244-813-49	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina a RQGO	Assinatura
	Fernanda Vieira de Andrade	2ª Nome: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
		Assinatura
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	
	Assinatura do Procurador (se houver)	

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



CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 \$20 | AUTO ATENDIMENTO | 27/06/2019

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 0029 CONSELHEIRO SARAIVA OPER: 013 CONTA: 67.804-0
PERIODO: 07062019 ATE: 27062019 CPF: 875.244.813-49
NOME: FERNANDA VIEIRA DE ANDRAD VLR.BLQ.JUD. : 0.00

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
13/06/2019	000000	REM BASICA	0,000000000	0,00 C	5,87 C
13/06/2019	000000	CRED JUROS	0,00371500	0,02 C	5,89 C

SALDO EM 26/06/2019 R\$ 5,89 C
F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG. TWF4B51C
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR





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

IN



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002174/2019-93

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Opelo Registro: Almirante Ribeiro Lebre Carlos

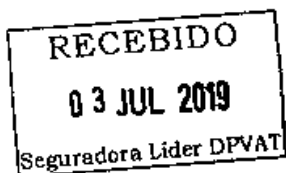
Data/Hora: 07/06/2019 - 15:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Tipo Local
VIA PÚBLICA
Município
TERESINA
Endereço
AV. NOE MENDES, Nº:
Complemento

09

Data/Hora
19/01/2019 - 09:00



Bairro
RENASCENÇA I

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE
RG: 1652753
Mãe: EURIDES VIEIRA DE ANDRADE
Endereço: QUADRA 58, CASA 11, Nº
Bairro: RENASCENÇA II
Cidade: TERESINA
Telefone(s): 86-9916-9809

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

Boletim de ocorrência



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE ERA PASSAGEIRA DA MOTO HONDA/BIZ 110, ANO 2018/2019, PLACA QRP-4559, PROPRIETÁRIO SÉRGIO LUCAS VIEIRA LIMA, CONDUTOR GECIARA MARIA VIEIRA LIMA, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO INVADIU O SINAL VERMELHO E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA A CLINICA CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Cláudio Costa Do Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

Fernanda V. de Andrade
FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO-DROT



REQUISIÇÃO DE EXAME DE LESÃO CORPORAL

Senhor Diretor,

Requisito de V. Sª que proceda a Exame de Corpo de Delito (Lesão Corporal Culposa)

na pessoa de Tereza Costa Vieira Jr. Andrade
naturalidade Ter-PI profissão _____
Data de Nasc. 09.07.76 estado civil _____
Endereço Cd-SP, Cs-MA, Rensic-IT

Filiação Eunides Vieira de Andrade
Smtª Jozé Nicolau
R.G.: 1.652.753-PI CPF. 875.244.873-49

OBS: Cópias do Prontuário Médico, Boletim de Ocorrência e documento de identificação.

Na oportunidade, formulo os seguintes quesitos:

- 1 - Houve ofensa à integridade física ou à saúde do paciente?
- 2 - Qual o instrumento ou meio que a produziu?
- 3 - Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito?
- 4 - Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função?
- 5 - Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou deformidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?
- 6 - Há outros dados julgados úteis a fornecer?

Teresina (PI), _____ de _____ de _____.

Atenciosamente

Erika Mourão Melo de Aguiar
Delegada de Polícia Civil
Fiat.: 130076-8

Ao
Ilustríssimo Senhor
Coordenador do Instituto Médico Legal
Nesta.





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, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190421339

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00523/00524 - carta_03 - INVALIDEZ

00060282



Carta nº 14575525





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, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190421339

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 10/06/2019, emitida pelo Dr. JOSÉ LUIZ CASTELO B. DE SIQUEIRA, CRM nº 1873 - PI, da Instituição INSTITUTO MÉDICO-LEGAL, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00815/00816 - carta_31 - INVALIDEZ

00020408



Carta nº 14746495





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, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190421339

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

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,

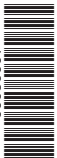
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14575050

Pag. 00013/00014 - carta_01 - INVALIDEZ

00030007



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:	11/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000067804-0

Nr. da Autenticação 5018170DCBBE396A



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340871/19

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA : 875.244.813-49

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: 02/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE

RG: 1.652.753

ORG. EMISSOR: SSP/PI

D. EXPEDIÇÃO: 20/03/2019

CPF: 875.244.813-49

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

PROFISSÃO: AUTONOMA

ENDEREÇO: COM RENASCENCA II QD-058 C-11A

Nº: 1

COMPLEMENTO: CASA

BAIRRO: RENASCENCA

CIDADE: TERESINA

ESTADO: PIAUI

CEP: 64085-550 TELEFONE :

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES

RG: 4.119.262

ORG. EMISSOR: SSS/PI

D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14

CPF: 840.173.173-91

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

PROFISSÃO: RECUSO

ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO

Nº: 544

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: TERESINA

UF: PI

CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA :

Fernanda Vieira De Andrade

Data do acidente de trânsito : 29/03/2019

Cobertura da vitima : Integral

LOCAL / DATA : 03/09/2019

6º OFÍCIO

Fernanda Vieira de Andrade

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina
AV. BRASIL, 100 - JARDIM ARAUCÁRIA - TERESINA - PIAUI - 64000-235
FONE: (86) 3241-1111 - FAX: (86) 3241-1112
E-MAIL: notario6@terresina.pi.gov.br
A autenticidade desta assinatura é garantida pelo sistema de autenticação eletrônica do Cartório de Notas de Teresina.
Assinatura: NELLE ROZE SOARES MARQUES
Data: 23/09/14
Profissão: RECUSO
Assinatura: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE
Data: 03/09/2019
Profissão: AUTONOMA
Assinatura: JAY LIMA DE ARAUJO
Data: 03/09/2019
Profissão: ESCRIVÃO AUTORIZADO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190562618 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR PG. 2.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190562618 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR PG. 2.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340871/19

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE
ANDRADE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA : 875.244.813-49

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: 02/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340871/19

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE
ANDRADE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA : 875.244.813-49

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: 02/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa



Centro Ortopedico Teresina Ltda
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1

Por: GWS Em: 29/08/2019

Paciente: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA
End. Q 20 CASA 03 Bairro RENASCENÇA III Cid. TERESINA UF PI CEP 64000000 Fone 869 9547 1968 Ident.: Fone 1652753

Data: 19/01/2019 10:19 DR CELSO ANTONIO MENDES C * URGÊNCIA IAPEP
No. atend. 280289 URGENCIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM DORES EM JOELHO D
RX DE JOELHO D AP-P
FRATURA DE POLO INFERIOR DE PATELAR
GESSO TUBO

Centro Ortopedico Teresina Ltda
Cláudio de S. V. de S. Ltda
Diretor Administrativo





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0**86) 99991-0176

Nome:

Fernanda Vieira de Azevedo

Atestado médico

Atesto para os devidos fins que a
Paciente supracitada foi vítima de
ocidente de eletrocussão dia 19/01/19 com
lesões de 1º grau inferior de Potência Direta;
Paciente submetida a tratamento conservador
estado de alta ambulatorial com bom
cumprimento do arco de espargimento e perda
leve da força muscular.

Data 20/05/19

Dr. Celso Antonio Coutinho Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 39116 T2004 1313F

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada





Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



Paciente: 280289 FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE L

SERVER



Av. Miguel Rosa, 3360 / Sul - Teresina - Piauí - Fone: (86) 3230-7900



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 21/09/2020 09:39:51
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092109395046300000011372526>
Número do documento: 20092109395046300000011372526

Num. 12017623 - Pág. 82

