
Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200030097

Vítima: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200030097 Vítima: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Data do Acidente: 08/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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



Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200030097

Vítima: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200030097

Vítima: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA**

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

Banco: **001**

Agência: **000001640-3**

Conta: **000010083864-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 061.255.923-83 4 - Nome completo da vítima: Liliene Oliveira De Miranda

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

5 - Nome completo: Liliene Oliveira De Miranda 6 - CPF: 061.255.923-83
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: 25 Bela Vista S/N 00-6 C-36 9 - Número: 36 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: edsonseguros@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)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa

AGÊNCIA: 2004 (Informar o dígito se existir) CONTA: 34762 (Informar o dígito se existir) 7

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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
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 - PI 13/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA

CONTA CORRENTE



5067 2218 3009 0735

5067

VALID DATE

10/24

LILIANE OLIVEIRA MIRANDA

2004 023 00034762-7

elo

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: 061.255.923-83 4 - Nome completo da vítima: Liliane Oliveira De Miranda

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

5 - Nome completo: Liliane Oliveira De Miranda 6 - CPF: 061.255.923-83
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: C5 Bela vista S/N QD-G-36 9 - Número: 36 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bela vista 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: lilianeoliveira20@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)

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

AGÊNCIA: 1640 3 CONTA: 83.864 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (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

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 - PI, 04/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

04/02/2020
839718442

BANCO DO BRASIL

14:17:00
0164

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: LILIANE OLIVEIRA MIRANDA
AGENCIA: 1640-3 CONTA: 83.864-0 VAR:51

DATA 04/02/2020
NR. DOCUMENTO 83.971.844.200.164
VALOR DINHEIRO
VALOR TOTAL

NR. AUTENTICACAO 7.9E5,245,A15.0C9,F37

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.



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

392 v. 1.1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004161/2019-59

Complementar ao BO Nº: 100203.004160/2019-04

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

Data/Hora: 12/11/2019 - 14:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

BR 316, Nº:

Complemento

Data/Hora

08/10/2019 - 15:35

Bairro

LOURIVAL PARENTE

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LIDAURA OLIVEIRA DE MIRANDA

RG: 3430157

Mãe: MARIA DA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA

Endereço: QUADRA B, CASA 21, Nº

Bairro: BELA VISTA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9947-7640

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

RG: 3557862

Mãe: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA

Endereço: QUADRA B, CASA 21, Nº

Bairro: BELA VISTA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9544-5802

Tipo Envolv.: VITIMA

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 CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ, 100, ANO 2013, PLACA PIJ-1638, PROPRIETARIA MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA, PASSAGEIRA ACIMA QUALIFICADA, RELATA QUE TRAFEGAVA NA BR 316, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO PAROU SEU VEICULO SEM SINALIZAR, ONDE A VITIMA QUE ESTAVA LOGO ATRÁS DESVIU SUA MOTO, NO MESMO INSTANTE A CONDUTOR DO VEICULO TAMBÉM DESVIU E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADA A VITIMA/CONDUTOR FOI LESIONADA, SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA O HUT, PRONTUÁRIO 525155, PASSAGEIRA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA O HUT, PRONTUÁRIO 52512. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat.
AGENTE DE POL.

Lidaura O. de Miranda
LIDAURA OLIVEIRA DE MIRANDA - Noticiante
Responsável pela Informação

Liccy Keiko Leal Parada
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 196.333-7



AVERBAÇÃO AO BO100203.004161/2019-59

AVERBA-SE ESTE B.O, PARA INFORMAR QUE O NOME DA VITIMA /NOTICIANTE É LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA E A QUADRA D . ERA O QUE TINHA A INFORMAR.

Teresina, 12/11/2019

Lidauane Oliveira de Miranda
LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA
Averbante

ALMIRALICE R. LEBRE CARLOS
AGENTE. DE POLICIA

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: 061.255.923-83 4 - Nome completo da vítima: Liliane Oliveira De Miranda

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

5 - Nome completo: Liliane Oliveira De Miranda 6 - CPF: 061.255.923-83
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: 25 Bela Vista S/Nº 00-6 C-36 9 - Número: 36 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: edsonseguros@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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa
AGÊNCIA: 2004 CONTA: 34762 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 (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 - ☐ Imprescrita digital de: ☐ Imprescrita ou ☐ Não autenticada
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 - PI 13/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



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 1211	02 Data do chamado 08/10/19	03 PRO (código) 7896	04 Saida do PA 15:10	05 Chegada ao local 15:18
	06 Saida do local 16:50	07 Chegada ao 1° hospital 16:55	08 Saida do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço BR-316				
	11 Bairro L. Parante		12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Frio do Sol				
Dados do Paciente	14 Nome Liliane Oliveira de Miranda			15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado	
	16 Idade 22 anos 26/10/96		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
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 Vítimas 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado		20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta		21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta
			22 Equipamentos de segurança Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐		
Exame Físico	23 Glasgow = 11		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
	24 Sinais Vitais Pulso 84 Resp. 13x40 PA 13x90 TAX. 99% SatO2 99%		25 Local da lesão		
Exame Físico	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial ☒ Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Assistência	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		
	32 Hospital de Destino 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		33 Condições de entrada 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não				
	35 Responsável pela recepção 36 Socorristas Médico 37 Enfermeiro 38 Condutor				

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Condutor



(Estação: GESS002)

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
cim 3467 Em: 08/10/2019 17:03:40

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01640-3

CONTA: 000010083864-2

Nr. da Autenticação C5C783482E1CC1DE



Para contato
consulte, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0564758-4

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série E-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 04/98

Nº da Nota Fiscal 032391395

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\$)
JANEIRO/2020 14-01-2020 197 191,24

LUCILEIDE DO NASCIMENTO MATOS
CJ BELA VISTA S/N QD G CASA 36 BELA VISTA
CPF: 00028787790378
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 5.001.10.32.038600

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	25302	Atual:	07/01/2020
Anterior:	25105	Anterior:	07-12-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	06-02-2020
Consumo Medido:	197	Emissão:	06-01-2020
Consumo Faturado:	197	Apresentação:	07-01-2020
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo:	31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A504512		1.1.1.1	130

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	197 A R\$ 0,839866 = 165,45
DEZ/19	126	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	14,86
NOV/19	196	CORRECAO MONETARIA DA IL (2X)	0,12
OUT/19	167	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	1,48
SET/19	112	MULTA POR ATRASO DE IL. (2X)	0,48
AGO/19	102	JUROS DE MORA ATRASO DE (2X)	0,25
JUL/19	128	MULTA POR ATRASO (2X)	5,65
JUN/19	165	JUROS POR ATRASO (2X)	2,95
MAI/19	169	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	2,63
ABR/19	135		
MAR/19	94		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 197 - R\$ 6,22740

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Esta fatura poderá ser parcelada conforme Artigo 113, parágrafo
primeiro da Resolução ANEEL 414/2010.
Parabéns! Até o dia 06-01-2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 081F.F346.D757.6BDF.0741.EDC8.5SCA.C1CA

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	36,24	Base de Cálculo:	165,45
Energia:	70,01	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	11,84	Valor do ICMS:	36,39
Encargos:	5,79	Valor do PIS:	0,92
Tributos:	41,57	Valor do COFINS:	4,26

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC			FIC			DABC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86
Realizado	0,00			0,00			0,00
Conjunto	TERESINA			Período de apuração:			11/2019
							R\$ 69,40

ROT: 5.001.10.32.038600



EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0564758-4

MÊS FATURADO

01/2020

Nº da Nota Fiscal: 032391395

TOTAL A PAGAR - R\$

191,24

VENCIMENTO

14-01-2020

FCAM

83640000001 1 91240017000 3 00000000564 5 75840120008 7



SEQ.: 00268 UC: 0564758-4 DT. LEIT.: 07/01/2020 T. ENTR.: 04
LEITURA: 25302 NORMAL TOTAL: 191,24 CARGA: 032
TRFEG: 0000 COLETOR: 1881

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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 Liliane Oliveira De Miranda inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.255.923/83, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Liliane Oliveira De Miranda, inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.255.923/83, 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, 13 de Janeiro de 2020

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 1211	02 Data do chamado 08/10/19	03 PRO (código) 2896	04 Saída do PA 15:10	05 Chegada ao local 15:18
	06 Saída do local 16:50	07 Chegada ao 1° hospital 16:58	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço BR-316	11 Bairro L. Pantoja	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Frio do mole				
Dados do Paciente	14 Nome Liliane Oliveira de Miranda	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminina 3 - Ignorado			
	16 Idade 22 anos 26/10/96	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
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 ☐	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - A voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		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
	24 Sinais Vitais Pulso 84 Resp. 13 x 40 PA 13 x 40 TAX. 94% SatO2 94%		25 Local da lesão 		
Assistência	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial ☒ Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
	28 Sangramento ☒ 1 - Sim 2 - Não		29 Escala de dor de 0 a 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Hospital de Destino	30 Fratura 1 - Sim ☒ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração ☒ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Oxigênio ☒ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Curativos ☒ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐		
	32 Hospital de Destino 1 - UT		33 Condições de entrada ☐ 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		
Observações Interdisciplinares	34 Óbito ☐ 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte ☐				
	35 Observações Interdisciplinares Paciente sofreu colapso do tórax com cansaço após atendimento e a equipe expediu na direção da UPA de T. de T. com o paciente em estado de choque, sendo provido de compressão, usou o capacete e o AS. pela 2913.				
Responsável pela recepção H		Socorristas Médico AE/TE Cláudio Mendes Rodrigues CPF: 045.575.378-TE		Enfermeiro Condutor Antônio	



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Leiliane Oliveira de Moura

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 525152

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

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

Nome: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA		Prontuário: 525152	
Mãe: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA		Pai:	
End.Resid.: QD-B CASA-22 - BELA VISTA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 26/10/1996	Idade: 22anos13d	Sexo: Feminino	Fone: 86-99972-9049
Responsável: SAMEA DA SILVA SOUSA -AMIGA		CNS:	
Profissão:		Documento: Reg.Nasc: 0000	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 745461	Entrada: 08/10/2019 16:56:09	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: FRATURAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. FRATURA EXPOSTA NA EM MID COM DOR INTENSA. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA.		SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 08/10/2019 17:01:41

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: Trauma em perna direita nega dor em outro local RX/retorno

Diagnóstico Inicial: 17:44: fraturas expostas	CID:
---	-------------

Exames Complementares: Ao C.T.
--

Prescrição Médica: Sto. 1.1. 0.0. 1.1. 24h	RAIO-X REALIZADO DATA 08/10/19 HORA ____ TÉCNICO: ____
--	--

Motivo da Alta/Encerramento: Internação nesta Unidade	DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____
---	--

Assinatura Paciente ou Responsável

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
crm 3467 Em: 08/10/2019 17:03:40

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

250351

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	249229

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1-Nome: LLILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA	6 - Prontuário: 525152
2-CNS:	8-Nascimento: 26/10/1996 9-Sexo: Feminino
11-Mãe: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA	12-Fone: 86-99972-9049
13-Resp: SAMEA DA SILVA SOUSA -AMIGA	14-Cor: Farda
15-End: QD-B CASA-22 - BELA VISTA - CEP: 64000-010	
6-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Prontuário 525152 a</i> <i>justificativa 525152 a</i>	
21 - Condições que justificam a internação: <i>Prontuário</i>	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>n</i>	
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da diáfise da tíbia	24-CID Prim: S822 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.: 0408050500	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	Tempo 9
28-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 787.098.575-91	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA	34-Data Solicitação: 08/10/2019	35-Ass.Cariabo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-So.Bilhete:	41-Serie:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOE:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Docmento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: (LAYLA MORAIS) Consulta Local: 745461 Consulta SUS: 08/10/2019 12:30

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente Heliane Oliveira de Miranda

Diagnóstico pré-operatório Fratura exposta do fêmur

Operação - Tipo Ampliação da fratura

Cirurgião Dr. Ricardo Valença 1º Assistente Dr. Fco. G.

2º Assistente Dr. Ricardo Valença 3º Assistente Dr. Fco. G.

Instrumentador(a) Flávia Anestesista Dr. Nilson Anestésico(a) Laque

Data da Operação 08/10/19 Início 19:40 Fim 20:30

Diagnóstico Pós-operatório Fratura fechada

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Dr. Ricardo Valença
Região
Ampliação da fratura
Ampliação da fratura
Ampliação da fratura
Ampliação da fratura
Ampliação da fratura
Ampliação da fratura

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3765 - TEOT: 11305

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3765 - TEOT: 11305



0862

BRAGA&BRAGA		CNPJ: 63607790000198	
FABRICANTE:		CNPJ:	
PACIENTE: Liliiane Oliveira de Miranda			
RG.HOSPITAL: NUT.		COD.SIG TAP: 0702030406	
DATA: 08.10.2019		ALTA:	
PROCEDIMENTO: Fratura de tíbia ①		USADO:	
MEDICO: Dr. Ricardo		CPF:	
		CRM:	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	TIPO	Quantidade
		Serie Lote	QTD

Responsável Pelo Preenchimento:



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	249229

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LLILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA	6 - Prontuário: 525152		
7-CNS: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA	8-Nascimento: 26/10/1996	9-Sexo: Feminino	CPF: - - -
11-Mãe: SAMEA DA SILVA SOUSA -AMIGA	12-Fone: 86-99972-9049		
13-Resp: SAMEA DA SILVA SOUSA -AMIGA	14-Fone: 86-99972-9049		
15-Endereço: QD-B CASA-22 - BELA VISTA - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	
32-Cod.Procedi- mento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		
38-Profissional Responsável: RICARDO SOARES VALENÇA	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 08/10/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 787.098.575-91	41-Ass. Carimbo e Assinatura Med.Sol. (CMH)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

[Handwritten signature]

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
48-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
50- Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 08/10/2019 SAMEA - HUT Controladora	52-CNS/CPF:
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(LAYLA MORAIS)



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Heliane Oliveira de Miranda

Sala:

Alergia:

Data:

08/10/19

Procedimento:

Cirurgião:

Observações:

Con um quat MMUDr. Ricardo

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Fentanyl	100µg												
2 Miragolam	3mg												
3 Neocaina parda	15mg												
4 Morfina	8mg												
5 Cefazolina	2g												
6 Dexamet	2g												
7 Romifidina	90µg												
8 Dexamet	10mg												
9 Trilolol	2mg												
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													
41													
42													
43													
44													
45													
46													
47													
48													
49													
50													
51													
52													
53													
54													
55													
56													
57													
58													
59													
60													
61													
62													
63													
64													
65													
66													
67													
68													
69													
70													
71													
72													
73													
74													
75													
76													
77													
78													
79													
80													
81													
82													
83													
84													
85													
86													
87													
88													
89													
90													
91													
92													
93													
94													
95													
96													
97													
98													
99													
100													

Circulação al/min

AR/N2O

Volatil

Acesso Vascular

☒ PeriféricoCat. Venoso nº G☐ Dificuldade aces. venosoGastos cateteres☐ Central

Via Aérea

☒ Cateter nasal☐ IOT nº ☐ LMA nº

Monitorização:

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

Anestesia:

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

Descrição:

SPO2 (%)

ETCO2 (mmHg)

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia:

Bloqueio Subaracnóideo c/ mepivacaína 0,5% parda 12mg
+ morfina 8mg. Líquido claro.

Milena R. Bezerra
Anestesiologista
CRM-Pi 4741

Anestesiologista

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: Miliane Oliveira de Miranda DATA 08 / 10 / 12

DIAGNÓSTICO: Remoção de Mucosa PRONTUÁRIO Nº: 525352

ANESTESIA: Rapida CIRURGIA: Rapida

CIRURGIÃO: Dr. Ricardo Valença Nº DA SALA: 02

AUXILIAR: Dr. Ricardo Valença CPF Nº: 0240219

ANESTESIA: Dr. Hilene CPF Nº: _____

INSTRUMENTADORA: Flac CPF Nº: _____

Dr. Ricardo Valença
Otorrinolaringologista
CRM: 3466 - TEOD: 11366

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº <u>6,5/7,5</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>8,0</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	10		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <u>Eletrados - 05</u> <u>Escovas - 02</u> <u>Cepos - 03</u> <i>Assinatura: [assinatura]</i> Matrícula: 68024 SAÚDE - HUP Controlada em Clínica			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	02		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Patricia Fontinele</u>			
VICRYL							
PROLENE							


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA** (Prontuário: 525152)
 Endereço: QD-B CASA-22 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 26/10/1996 Idade: 22a11m20d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 745461
 Requisição: 1009989 Solicitação: 08/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
 Controle: 1330167 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 08/10/2019

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas transversas completas recentes desalinhadas na diáfise da tíbia e fíbula.
- Aumento de volume de partes moles.

(WS CEZAR)

TERESINA - PI 15/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA (Prontuário: 525152)				
Endereço:	QD-B CASA-22 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64000-010				
Nascimento:	26/10/1996	Idade: 22a11m20d	Sexo: Feminino	Origem: INTERNAÇÃO	Atendimento: 249229
Registração:	1010106	Solicitação: 08/10/2019	Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA		
Controle:	1330381	Convênio: S U S	CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11	ENFERMARIA 238	LEITO 40

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 08/10/2019

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas recentes alinhadas na diáfise dos ossos da perna com presença de fixador externo na tibia.
- Aumento de volume de partes moles.

AUS CEZAR)

TERESINA - PI 15/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Lúcia Mendes de Araújo
Matrícula: 47380
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.557.862 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/01/11

NOME LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

PRIMAÇÃO

MARIA DA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA
LINDOMAR LIMA DE MIRANDA

NATURALIDADE URUÇUI-PI DATA DE NASCIMENTO 26/10/1996

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 23755 L 67 F 215
EXP URUÇUI-PI 26/02/99

TERESINA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

Assinatura do Titular

Liliane Oliveira de Miranda

CARTeira DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

061.255.923-83

Nome

LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Nascimento

26/10/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0475253

Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTÔNIO SOARES JUCUNDE

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CRATEUS-CE

CERT. NASC. 529 L X1/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200030097 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA **Data do acidente:** 08/10/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.6/7/9_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025579/20

Vítima: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

CPF: 061.255.923-83

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 08/10/2019

Titular do CPF: LILIANE OLIVEIRA DE
MIRANDA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
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

LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA : 061.255.923-83

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: 17/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200030097 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA **Data do acidente:** 08/10/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.6/7/9_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Liliane Oliveira de Miranda
 RG: 3.557.862 ORG. EMISSOR: SS P/PI D. EXPEDIÇÃO: 03/05/11
 CPF: 661.255.923-83 ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Estudante
 ENDEREÇO: CS Bela vista S/N QD-G E-36 Nº: 36
 COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: Bela vista
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64000-000 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:

Liliane Oliveira de Miranda

Data do acidente de trânsito: 08/30/2020

Cobertura da vítima: Tratativa

LOCAL / DATA: 13/05/2020

Liliane Oliveira de Miranda

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 JESSICA ALINE DE MENESES SILVA
 ESCRITÓRIO: Rua 24 de Janeiro, nº 544 - Centro - Teresina - PI - CEP: 64000-235
 FONE: (86) 3101-1179 - FAX: (86) 3101-1179
 E-MAIL: jessica@themistocles.com.br
 www.themistocles.com.br
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 CONSULTE O SELO DIGITAL

Cartório
Ternatodas
Simples
3º andar
Rua Lázaro Nogueira, 101 - Centro - CEP: 44050-000 - Teresina-PI - Fone: (66) 321-0111 - E-mail: atendimento@cartoriopias.com.br

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Obrigações de Simples - Teresina

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Liliane Oliveira de Miranda
 RG: 3.557.862 ORG. EMISSOR: SS P/PI D. EXPEDIÇÃO: 03/03/11
 CPF: 061.255.923-83 ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Estudante
 ENDEREÇO: C5 Bela vista S/N QD-G E-36 Nº: 36
 COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: Bela vista
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64000-000 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 DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Liliane Oliveira de Miranda

Data do acidente de trânsito: 08/30/2020

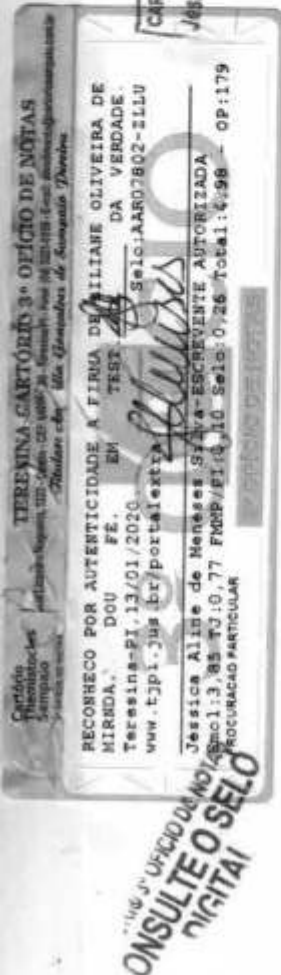
Cobertura da vítima: Transtorno

LOCAL / DATA: 13/03/2020

Liliane Oliveira de Miranda

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025579/20

Vítima: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

CPF: 061.255.923-83

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 08/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
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

LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA : 061.255.923-83

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: 17/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025579/20

Número do Sinistro: 3200030097

Vítima: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

CPF: 061.255.923-83

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 08/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Procuração

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: 21/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa