
Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190172541

Vítima: MARCIANO DA SILVA NUNES

Data do Acidente: 24/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIANO DA SILVA NUNES

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



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, 14 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190172541

Vítima: MARCIANO DA SILVA NUNES

Data do Acidente: 24/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190172541

Vítima: MARCIANO DA SILVA NUNES

Data do Acidente: 24/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIANO DA SILVA NUNES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **MARCIANO DA SILVA NUNES**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000001987**

Conta: **0000091317-2**

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





Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASE	CPF da Vítima 030830093-65	Nome completo da vítima MARCIANO DA SILVA NUNES
---------------------------	--------------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo MARCIANO DA SILVA NUNES		CPF titular da conta 030830093-65	Profissão
Endereço RUA 7005 UM VL FCO GERAÇÃO		Número 2384	Complemento
Bairro SANTA CRUZ	Cidade TERESINA	Estado PI	CEP 64000000
Email M_MARCIANO50@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD) 86-983327641
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.			

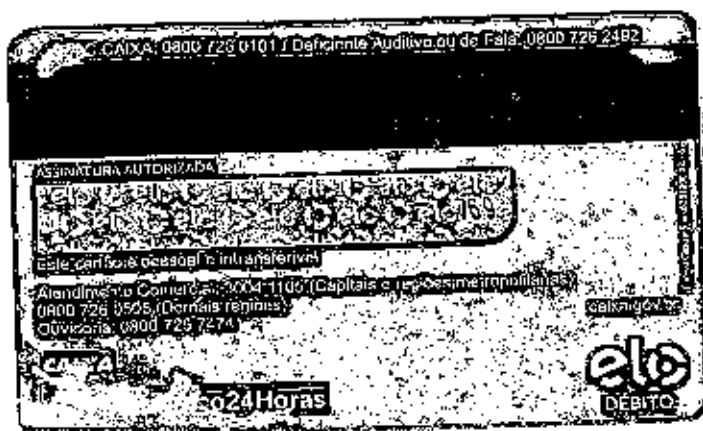
FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
☐ RECUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1987 D/V 2 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA FEDERAL NRO. 0001	
CONTA NRO. 94317 D/V 2 (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. 0001 D/V 00 (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 0001 D/V 00 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 0001 D/V 00 (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

TERESINA, **11** de **MAIO** de **2012**
Local e Data

Marciano da Silva Nunes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Marciano da Silva Nunes
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASE	CPF da Vítima 030830093-65	Nome completo da vítima MARCIANO DA SILVA NUNES
---------------------------	-------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARCIANO DA SILVA NUNES		CPF titular da conta 030830093-65	Profissão
Endereço RUA 7005 UM VL FCO GERAÇÃO		Número 2384	Complemento
Bairro SANTA CRUZ	Cidade TUBOSNA	Estado PI	CEP 64000000
Email M_WCIAND50@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD) 86-983327641

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NRO. 1987 D/V	CONTA NRO. 94317 D/V 2
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V	

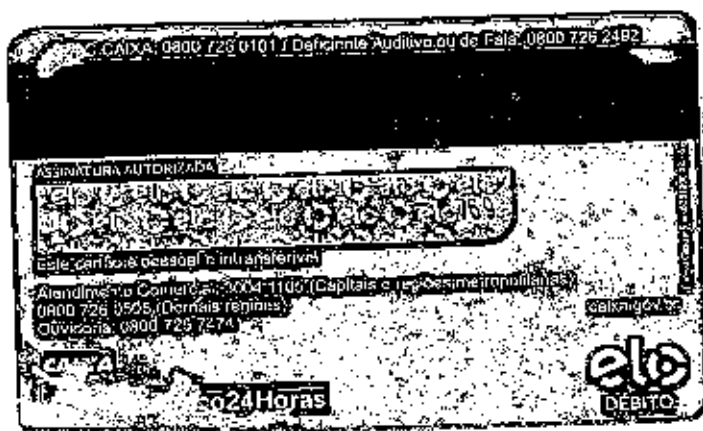
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

TUBOSNA 11 de MAIO de 2012
Local e Data

Marciano da Silva Nunes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

010.810.093-65

Nome completo da vítima:

Marciano da Silva Nunes

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

Nome completo:

Marciano da Silva Nunes

Profissão:

Trabalhador

Endereço:

Rua Trafiá

Bairro:

Urban

Cidade:

Teresina

PI

E-mail:

CPF:

010.810.093-65

Número:

2384

Complemento:

CEP:

64.000.000

Tel. (DDD):

(86) 99937-0660

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SFM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$20.000,00

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:

1987

CONTA:

91317

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem 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 contestar-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:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai 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 nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor de indenização, com responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Teresina PI 22/02/2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Proprietário (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

INZ.



654 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000703/2018

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 21/02/2018 - 12:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. 15 DE NOVEMBRO, Nº:

Complemento

Data/Hora

24/10/2017 - 11:57

Bairro

MORADA NOVA

Ponto de Referência

DISCAR (SKOL)

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCIANO DA SILVA NUNES

RG: 577659467 SSPSP

Mãe: TERESA DA SILVA NUNES

Endereço: RUA PROJ UM VL FRANCISCO GERARDO, Nº 2384

Bairro: SANTA CRUZ

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9578-4859

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Boletim de ocorrência



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-1 MOTO HONDA/CG 150 TITAN ESD, COR VERMELHA, ANO 2011/2011, PLACA ODW-9475, DE PROPRIEDADE DA SR. ANTONIO FRANCISCO RUDUZINO, CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA E AUTENTICADA, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE DORMIU, ONDE PERDEU O CONTROLE QUE MOTIVOU A QUEDA, O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT, PRONTUÁRIO DE Nº457798. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA

Marciano da Silva Nunes

MARCIANO DA SILVA NUNES - Noticiante
Responsável pela Informação





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000703/2018-33

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 21/02/2018 - 12:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

24/10/2017 - 11:57

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. 15 DE NOVENBRO, Nº:

Complemento

Bairro

MORADA NOVA

Ponto de Referência

DISCAR (SKOL)

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCIANO DA SILVA NUNES

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RG: 577659467SSPSP

Mãe: TERESA DA SILVA NUNES

Endereço: RUA PROJ UM VL FRANCISCO GERARDO, Nº 2384

Bairro: SANTA CRUZ

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9578-4859

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-MOTO HONDA/CG 150 TITAN ESD, COR VERMELHA, ANO 2011/2011, PLACA ODW-9475, DE PROPRIEDADE DA SR. ANTONIO FRANCISCO RUDUZINO, CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA E AUTENTICADA, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE DORMIU, ONDE PERDEU O CONTROLE QUE MOTIVOU A QUEDA. O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº457796. É O REGISTRO.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092581
AGENTE DE POLÍCIA

MARCIANO DA SILVA NUNES - Notificante
Responsável pela Informação



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

010.810.093-65

Nome completo da vítima:

Marciano da Silva Nunes

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

Nome completo:

Marciano da Silva Nunes

Profissão:

Peixeiro

Endereço:

Rua Trafiá

Bairro:

Urban

Cidade:

Teresina

PI

E-mail:

CPF:

010.810.093-65

Número:

2384

Complemento:

CEP:

64.000.000

Tel. (DDD):

(86) 99937-0660

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SFM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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:

1987

CONTA:

91317

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem 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 contestar-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:

Vítima deixou

nascituro (vai 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 nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor de indenização, com responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Teresina PI 22/02/2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Proprietário (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF		Código IEGE		
Dados do Paciente	13 Nome				14 Sexo
	15 Idade				16 Sexo
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?				
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vítilas		20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida
	22 Equipamentos de segurança				
Exame Físico	23 Glasgow =		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA
	24 Sinais vitais		25 Local da lesão		
Assistência	26 Pupilas		27 Dor		ESCALA DE DOR DE 0 A 10
	28 Sengramento		29 Fratura		
Hospital de Destino	30 Procedimentos realizados		31 Hospital de Destino		32 Condições de entrada
	33 Condições de entrada		34 Óbito		
Observações Interdisciplinares	35 Observações Interdisciplinares				
	36 Observações Interdisciplinares				

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIANO DA SILVA NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000091317-2

Nr. da Autenticação 1913721A3C615620

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 799 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-000 (Rég. Cód. 19.301.383-5)
Nota Fiscal / Conta em papel e E-Recibo - Série 0-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 04/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal **017478783**

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

PERÍODO	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	15/02/2019	99	95,47

MARIA DE LIMA
R. TRAFÓ 2384 B-URBANO

CEP: 64.000-000 - TERESINA

Atual:

Anterior: 11221
Código de Multiplicação: 11122
Consumo Medido: 1,000
Consumo Faturado: 99

Forma de Faturamento:

Código de Irregularidade:

Atual:

Anterior: 09/02/2019
Próxima Leitura: 09/01/2019
Fimissão: 12/03/2019
Apresentação: 07/02/2019

Data de Consumo: 09/02/2019

Classe/Subclasse: NORMAL Localização: Número Medidor: Poste: Código de 3 dígitos 12 meses

RT: 01/01/18 MONO A340473 1.1.1.1 70

CONSUMO 99 A R\$ 0,889544 = 88,06
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,41

JAN/19 83
DEZ/18 82
NOV/18 106
OUT/18 95
SET/18 104
AGO/18 61
JUL/18 6
JUN/18 40
MAI/18 62
ABR/18 13

CHUVA SEM 12/3/18:

0,4 39 - 0,623666

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ 01/2019 196,38

Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 24/02/2019, em função das contas reavistadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no cadastro de inadimplentes ainda existentes, com o vencimento e a reavistada no valor de R\$ 1.000,00 (um mil real), caso tenha sido o pagamento favor, responder este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Reservado ao Fisco

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	B02D.B17C.8572.0488.0166+8870	Alíquota ICM:	5360.1D55
Energia:	17,83	Valor do ICM:	88,06
Transmissão:	34,43	Valor do IPI:	22,00%
Enargos:	5,82	Valor do COFAS:	19,37
Tributos:			

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DEC-1			FIC			DEC-2	
	Atual	Anterior	Anual	Atual	Anterior	Anual	Atual	Anterior
Unidade								
Residência								
Consumo	5,03	10,45	20,36	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13

TERESINA

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
- Maranhão - P.
19.301.383-5

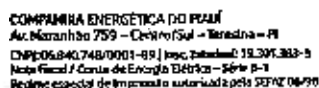
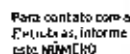
12/2018 25,63
TOTAL A PAGAR - R\$
0963004-0 95,47
MÊS FATURADO VENCIMENTO
02/2019 15/02/2019
Nº da Nota Fiscal: 017478783 - FCAM

2 00000000963 9 00400210008 2



DT. LEIT.: 09/02/2019 T. ENTR.: 03
TOTAL: 95,47 CARGA: 011
15/02/2019 IREG.: 000 COLETOR: 0951

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
26 FEV 2019
DPVAT



Nº de Nota Fiscal 012300600

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

ELIZETE CHAVES DE SOUZA
R. MACAPA 4001 NOVO HORIZONTE
CPF: 00079517307349
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Etiqueta	Número Modificador	Preço	Código FNL	Validade 12 meses
RESIDENCIAL	HOMO	A786234		1.1.1.1	0

REF ID: A631 - 8,652,000

26 FEB 2019

DPVAT

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIBRE 0800 086 0800 - EAG OPCA VENCIMENTO 15 10 15 20 25
 0800 086 0800 - EAG OPCA VENCIMENTO 15 10 15 20 25
 0800 086 0800 - EAG OPCA VENCIMENTO 15 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCAL 3674.8385.6449.0F99.1CC2.9F3B.061C.52E9

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
Código	DIC		IS	PIC		DMIE	DICA	
	Continua	Inter		Continua	Inter		Continua	Inter

5,19 10,39 20,77 3,36 6,73 13,46 26,92

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPD=1&CODIGO=29030>

A Circular SUSEP 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, PRIVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.132/98.

Pelo exposto, eu Eduardo José Junior de Camille

inscrito (a) no CPF/CNPJ 844388513-1, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marciano do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 010 810 093 / 65

do sinistro de DPVAT cobertura Inteligência da Vitima Marciano do Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o Nº 010 810 093 / 65, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>R. Maçupe</u>	Número: <u>4001</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Novo Horizonte</u>	Cidade: <u>Terreiros</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64-070-150</u>	Telefone: <u>(086) 9997 0660</u>

Local e Data: Terreiros PE 20/02 2019

Eduardo José Junior de Camille
Assinatura do Declarante



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, Antonio Francisco Reduzino
RG nº 3.486.092, data de expedição 06/08/10
Órgão SSP-Pi, portador do CPF nº 788.071.641.04,
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
A 128 205/3 es Angelim, 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
Marciano da Silva Nogueira, cujo o condutor era
Marciano da Silva Nogueira
Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA CG 150 TITAN Ano: 2011
Placa: ODW 9975 Chassi: 9C2 KC1650 BR536687
Data do Acidente: 29/10/2017

Local e Data:

Teresina - PI 18/02/2019

5º Ofício

Antonio Francisco Reduzino
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
26 FEV 2019
DPVAT
CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO
Camila

CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Teresina-Piauí - (86) 3221-6665
Maria Luiza Moreira Tajra
Tabela Interina

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

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabela
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-190 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO FRANCISCO
REDUZINO. DOU. FE. EM. TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 18/02/2019. Emprego: 85 Tj: 0,77 HRP: 0,10 Selo: 0,26
Total: 4,98 Selo: ABL 37913 (Folha 135)
CAMILA BEZERRA DE SOUZA MARTINS-ESCREVENTE AUTORIZADA

CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO
Teresina - Piauí
Camila
RECONHECIMENTO
DE FIRMA
ABL 37913



MEDICENTER
CENTRO MÉDICO TERESINENSE

Marciano da Silva Nome

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

26 FEV 2019

DPVAT

Paciente acinte vítima de acidente
motorístico com fratura do escarvalho
esquerdo e perda da audição
subcalcanear. (CIN 5920).

Evolução com Pele sub escarvalho
sem lapso entre a carga e o osso
calcanear destruído e sem
condições de carga.

Tal paciente comprometer seu
caráter permanente a Marcha
do membro inferior esquerdo.

Dr. Orlando Amorim Leite
Otorrinolaringologista e Cirurgião de Orelha, Nariz e Garganta
CRM 14350 TEST 6825

Dr. Orlando Amorim Leite
Otorrinolaringologista e Cirurgião de Orelha, Nariz e Garganta
CRM 14350 TEST 6825

6.08.2018



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

Altor

NOME DO PACIENTE: Maurício da Silva Nunes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 457.796

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
26 FEV 2019
DPVAT

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 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 24/10/2017 01:10:29
ICARWA CAMT01

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARCIANO DA SILVA NUNES	Frontuário: 457796
Mãe: TERESA DA SILVA NUNES	Pai: CRISTINO NUNES DE ALMEIDA
End.Resid.: NAO INFORMADO - MORADA NOVA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
Nascimento: 28/10/1980	Idade: 36a:11m:26d
Sexo: Masculino	Fone:
Responsável: MARCIANO DA SILVA NUNES	CNS: 700002982303501
Profissão: NAO INFORMADO	Documento: RG: 577659467 - SSP-PI
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 632124	Data: 24/10/2017 01:08:58	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 24/10/17 01:54	ESPECIALISTA: ORTOPEDIA
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Paciente exposta de acidente. * Ao ac p/ cirurgia após liberação da Neurocirurgia e em geral	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 24/10/17 02:35

Dr. Thiago Cunha
Carimbo/Assinatura Solicitante
Médico
CRM-PI 6243

Tratamento com analgésico e sedação da
 paciente. Sem necessidade de internação
 sem avaliação Neurocirurgia

Dr. Leonardo Moura
Neurocirurgia
CRM-PI 7571

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 24/10/17 04:00	ESPECIALISTA: ORTOPEDIA
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Paciente com ferimento em pé esquerdo apresentando exposição óssea em calcâneo, apresentando duas perfurações distais, pulso pedioso fraco, edema e p/ encaminhar ao centro cirúrgico	

Dr. Almir Gomes Filho
Carimbo/Assinatura Solicitante
Médico
CRM-PI 2972

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ____/____/____

DE 9588
28 FEV 2018

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.532.917/0022-03

PARCELA DA CRIOPEDIA =

VACUUM =

SUS SUS

Imp: 24/10/2017 01:10:29

(User: CARLA CASTRO)

(Relatado: INTERPOLAR)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DOS DO PACIENTE:

Nome: MARCIANO DA SILVA NUNES	Prontuário: 457796
Mãe: TERESA DA SILVA NUNES	Pai: CRISTINO NUNES DE ALMEIDA
Ind. Resid.: NAO INFORMADO - MORADA NOVA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
Nascimento: 28/10/1990	Idade: 36a:11m:26d
Sexo: Masculino	Fone:
Responsável: MARCIANO DA SILVA NUNES	CNS: 700002982303501
Profissão: NAO INFORMADO	CPF: * RG: 577659467 - SSP-PI
Instrução: Não informado	E. Civil: Solteiro(a)
Ind. Local:	

DOS DO ATENDIMENTO:

Código: 632124	Data: 24/10/2017 01:08:58	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: U S	
Cid. Trab.: Não	Trajetória: Não	Tipico: Não
	CID Secundário: V299	

DADOS CLÍNICOS:

Paciente homem, alcoolizado, vítima de acidente motociclístico, em uso de cinto de segurança, com perda de consciência e sem vômito.

A) Vias aéreas patentes com colo cervical e placa rígida.

B) MV (+)

C) FC = 99bpm

D) Glasgow = 15.

E) Trauma extenso em perna esquerda, dor em pé esquerdo com sangramento intenso.

PA: <u>120/80</u> mmHg	Pulso: <u>99</u>	FC: <u>99</u>	Temp: <u>36,5</u>
------------------------	------------------	---------------	-------------------

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Raio X de pé esquerdo.

Arterial do Vascular (em 1pto).

Parcial da Ortopedia.

Raio X de torax

Flumazenil 100mg + 100mg Siga 9ml agora

ALTA: ☐ Melhorado ☐ Curado ☐ Inalterado ☐ A Pedido	☐ Administrativa ☐ Por Indisciplina ☐ Por Evasão	☐ Retornar a Unid. Origem: ☐ Transferência: DATA SAÍDA: <u>24/10/2017</u> ☐ Internação na Unidade Proced. Solicitado: <u>0408050535</u> CID Compatível: <u>S920</u>
DESTINO: ☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs		☐ Família ☐ IML ☐ Anat. Patol.

ÓBITO:

Prof. Solicitante Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura - Profissional - RF

Dr. Amir Rabêlo Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 24.2872

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Fls. Nº _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23/10/17

NOME DO PACIENTE:	Marciano da Silva	FRONTUÁRIO Nº:	
DIAGNÓSTICO:	Frnt. de calcâneo	CIRURGIÃO:	LMC + ortomax
ANESTESIA:	raque	Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Almir	CPF Nº:	
AUXILIAR:	est.	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Heráclano	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Mary Silva	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LÂMINA DE T. JOSEMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	1mt		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	07	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		Cupos	03		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				luva hº 8.0		03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL 2.0 S/A		01					
MONONYLON 2.0		05					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA			
VICRYL				CIRCULANTE	6/mt		
PROLENE							

wybn 0

02

MOD - 034



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Mariano da Silva Lima		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura Exposta Calcâneo D, Vaso da		
Operação - Tipo	Osteossintese p. L.H., Fossa glútea e Análise, Pêndulo		
Cirurgião	1º Assistente		
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesiologista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	

Diagnóstico Pós-operatório			
----------------------------	--	--	--

Relatório imediato do Patologista			
-----------------------------------	--	--	--

Acidente Durante a Operação			
-----------------------------	--	--	--

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

Preparado em P.D.H. sob aspiração e vaso, Anestesia, Antimicrobiano
Calorização dos campos esterais, Limpeza extensiva com
SF015K, Observado perda orosa do calcâneo, lesão com
perda de substância da fossa glútea. Persecução de tecido
desnucalizador, Osteossintese da fratura do calcâneo e de
avulsão da Apófise calcânea sob inspecção, Sufuras, Curativos
S.T. OBS: Boa perfusão distal e pulso pedioso cheio

Dr. Amir Redine Filho
Ortopedia I Traumatologia
CRM - RJ 2972

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

8640-5

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GOMES DE CARVALHO

PROIBIDO PLASTIFICAR



Marciano da Silva Nunes

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

57.765.946-7

DATA DE EMISSÃO 16/AGO/2013

MARCIANO DA SILVA NUNES

CRISTINO NUNES DE ALMEIDA

E TERESA DA SILVA NUNES

TERESINA -PI

DATA DE NASCIMENTO 20/OUT/1980

TERESINA-PI

1. CIRCUNSCRIÇÃO

CN:LV.A115/FLS.393 /N.095606

010810093/65

PIS 13887785818

299 Delegado Divisão III GD SSP

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

26 FEV 2019

DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

1412442552

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

DOC. IDENTIFIC. (RG, PASSAPORTE) 1960901 SSP PI

CNPJ 844.388.513-00 DATA NASCIMENTO 19/03/1981

PLACAO ANTONIO BARROS DE CARVALHO ANTONIA LUCIA DE LIMA CARVALHO

PERMISSAO ACC ATB

OF. REGISTRO 03608246500 DATA DE 05/01/2022 VALIDADE 28/09/2005

COSEMA/CE

TERESSIA

DATA DE EMISSAO 17/02/2017

78054015019 81310255472

PIAUÍ

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
26 FEV 2019
DPVAT

**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: **3190172541**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCIANO DA SILVA NUNES**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua TRAFÓ, 2384 - CENTRO - Teresina - PI - CEP 64000-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **577659467**

Data e local do acidente: [**24/10/2017**]

AV 15 DE NOVEMBRO SN MORADA NOVA TERESINA PI

Data e local do exame: [**21/03/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DE CALCÂNEO ESQUERDO.

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

VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 10º) DO TORNOZELO ESQUERDO, COM PERDA MUSCULAR.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM MARÇO DE 2018.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

SEQUELA FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

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):

TORNOZELO ESQUERDO

% 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

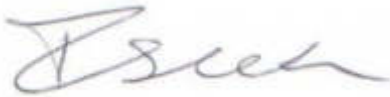
Região Corporal (Sequela):

% 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.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190172541 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIANO DA SILVA NUNES **Data do acidente:** 24/10/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE CALCÂNEO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 20º) DO TORNOZELO ESQUERDO, COM PERDA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM MARÇO DE 2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/03/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0069864/19

Vítima: MARCIANO DA SILVA NUNES

CPF: 010.810.093-65

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/10/2017

Titular do CPF: MARCIANO DA SILVA NUNES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO : 844.388.513-00

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

MARCIANO DA SILVA NUNES : 010.810.093-65

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: 26/02/2019
Nome: EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO
CPF: 844.388.513-00

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/02/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL