
Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190558725

Vítima: LIDIANE DA SILVA CUNHA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LIDIANE DA SILVA CUNHA

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, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190558725

Vítima: LIDIANE DA SILVA CUNHA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LIDIANE DA SILVA CUNHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: LIDIANE DA SILVA CUNHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000096035-6

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: 015.792.723-71 4 - Nome completo da vítima: Laidiame da Silva Cunha

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

5 - Nome completo: Laidiame da Silva Cunha 6 - CPF: 015.792.723-71
7 - Profissão: do lar 8 - Endereço: Rua Rivaldo Paulo de Tavares 9 - Número: 009 10 - Complemento: A.O.
11 - Bairro: Sta. Maria do Lago 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012840
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 994729591

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: ☒ RECUSAR 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: 0004 013 CONTA: 96035 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.19-1/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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 pais/avós vivos? ☐ 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 253 do Código Penal.

34 - Imprescindível: impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante legal
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 24.09.16

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Laidiame da Silva Cunha Keyley Gomes de

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002920/2019-49

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

Data/Hora: 01/08/2019 - 11:17

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MIGUEL ROSA C/ RUA MAGALHÃES FILHO, Nº:

Complemento

Data/Hora

13/05/2019 - 18:20

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LIDIANE DA SILVA CUNHA

RG: 2568567 PJ

Mãe: MARIA DO SOCORRO E SILVA

Pai: DOMINGOS DE BRITO DA CUNHA

Endereço: QUADRA O, CASA 09, RESIDENCIAL PAULO DE TARSO, Nº

Bairro: SANTA MARIA DA CODIPI

Cidade: TERESINA - CEP: 64012-100

Telefone(s): 86-3225-9483 86-8817-1454

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE VERA LUCIA RIBEIRO MENDONÇA, MARCA YAMAHA/T115 CRYPTON K, PLACA NIS-9131-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 451909763, E QUE TRAFEGAVA PELA RUA MAGALHÃES FILHO, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA PELA AV. MIGUEL ROSA, INVADIU O SEMÁFORO, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HUT. (PRONT. 511046). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA


LIDIANE DA SILVA CUNHA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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 2229	02 Data do chamado 13/05/19	03 PRO (código) 2839	04 Saída do PA 18.45	05 Chegada ao local 18.55
	06 Saída do local 19.09	07 Chegada ao 1º hospital 19.12	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Miguel e MACHADO FERN				
	11 Bairro Centro - Nova	12 Município-UF TAP-PI	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência MARKERS PAGA				
	14 Nome Ligiane da Silva Cunha	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
Tipo de ocorrência	16 Idade 10/07/86	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 82 Resp. PA 120/80 TAX. SatO2 99%	25 Local da lesão 			
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 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	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito			
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c) ☐				
	32 Hospital de Destino ☐ Não Removido				
Hospital de Destino	33 Condições de entrada ☐ Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado				
	34 Óbito ☐ Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar	VCTE Feminina 32 anos, motociclista, PRO- TAMAR COM VIO 2 CARCETE, SOFREU ACIDENTE MOTOR CARRO BATERIA DE FRENTE DO CRANIO C/ O, SSVU ESTABILIZADO E FICAR SOB CUIDADO.				
	Assinatura do Médico: José Orlando Gomes da Silva Assinatura do Enfermeiro: Edivaldo Silva				

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: 10/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LIDIANE DA SILVA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000096035-6

Nr. da Autenticação 9DB726D63C9979C0

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 37137474000106 - 15.129-165574
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Torres os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.38
2819072095001

MATRICULA 14071401-4
FATURA Nº 152356733
MÊS/ANO 7/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR LIDIANE DA SILVA CUNHA

CON RESID PAULO DE TARSO 0---0-CASA-009-STA MARIA DA
CODIPT-TERESINA-PI-cep:64012840

LOCALIZAÇÃO 018-00007-006170

GÊNERO 078

NÚMERO DO HIDRÔMETRO A09N254802

HISTÓRICO DE CONSUMO	DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS M3	VALOR
MÊS/ANO TIPO				
06/2019 1 do		02	10	
06/2019 1 do		15	10	
04/2019 1 do		06	10	
03/2019 1 do		07	10	
02/2019 1 do		04	10	
01/2019 1 do		00	10	

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS M3 10

VALOR 10,7410012

PES. PASS 30,35x1,65N= 2,50

CORRIG 30,35x7,68N= 2,38

DATA 6/06/2019 1361

ATUAL 25/07/2019 1366

TARIFA DE TAXAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E DA FATURA

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 30,35		
> Residencial-Normal	10,0 m3	30,35

NÃO RESIDUAL
FAIXA DE CONSUMO RS/M3 E (R)

VENCIMENTO 07/08/2019

TOTAL A PAGAR 30,35

REGLAMENTO DE RES / ANORMAL / ADES

MESSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 2 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 6.517/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342/2006 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETRO	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	7589	2559	30	1,31	0,2-5,0 mg/L
ODOR APARENTE	2380	2330	50	5,75	Inferior a 15
PH	3047	3039	48	6,73	6,00-9,50
TURBID. (NTU)	2292	2875	217	2,29	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342/2006 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETRO	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA (UFC)	1078	1078	0	Ausência	Ausente
	1078	1078	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 25/07/2019 HORA DA EMISSÃO: 09:50

TC 1.38

2819072095001

ÁGUAS DE TERESINA

MATRICULA 14071401-4

FATURA Nº 152356733

MÊS/ANO 7/2019

VENCIMENTO 07/08/2019

VALOR A PAGAR 30,35

8,56000000-2 30351535000-5 00201915235-6 67330100104-0



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(-s) abaixo relacionado(s).

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 07357474000106 - 15 31965574
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Edifício os Sertões - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1,38
20170902113024

MATRICULA 13428373-2 FATURA Nº 152393609
MÊS/ANO 8/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 554 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64018650

LOCALIZAÇÃO 001-00041-005270 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y14N135124

MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
07/2019	1.140	01	10
06/2019	1.140	02	10
05/2019	1.140	01	10
04/2019	1.140	06	10
03/2019	1.140	02	10
02/2019	1.140	02	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 02/07/2019 146
ATUAL 02/08/2019 147

CONSUMO MÊS M3 10 LER 12.7410002
PIS/PASEP 5,1941,68% = 0,91
COPINS 55,13x7,60% = 4,19

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (M)
0	10 2,9000 2,7
10	25 5,7120 6,0
25	99999 9,8610 5,0

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,56		
> Residencial-Normal	10,0 m3	30,66
VALOR DE ESGOTO - 24,53		
> Residencial-Normal	10,0 m3	24,53

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

VENCIMENTO 14/08/2019 TOTAL A PAGAR 55,19

IRREGULARIDADES / INICIALIDADES

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342/1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	UNID. / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2561	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/l

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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, 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 Keylly Moraes de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303.00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Luciane da Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.792.723.74,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Luciane da Silva Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.792.723.74, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua: 24 de Janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel.(DDD): <u>(86)994729591</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 24.09.15

Keylly Moraes de Oliveira
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0610 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 121 91 35

Eu, Vera Lucia Ribeiro Mendonça
RG nº 053292802014-5, data de expedição 21/07/14
Órgão SSP-MA, portador do CPF nº 305.120.883-53
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Albertina Neuze B. São Francisco nº 306
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
Andiane da Silva Cunha, cujo o condutor era
Andiane da Silva Cunha
Veículo: Moto Modelo: Yamaha/T115 Crypton Ano: 2011/2012
Placa: NIS-9131 Chassi: 9C6KE1560C0008629
Data do Acidente: 13/05/19

Local e Data:

Teresina - Piauí, 01/08/2019

Vera Lucia Ribeiro Mendonça

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lúcio Magalhães, 1221 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3214-1139 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Bleed: Antônio Gonçalves de Sampaio Brávia

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE VERA LUCIA RIBEIRO MENDONÇA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 01/08/2019. Selo: AAH04239-9U3B
www.tjpi.jus.br/portalexta

KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 148
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kátia Gardênia da Silva Santos
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO DIGITAL

DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 13/05/2019 do (a) paciente LIDIANE DA SILVA CUNHA o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

1-Nome: onde consta ELIDIANE DA SILVA CUNHA para LIDIANE DA SILVA CUNHA

2-Mãe: onde consta MARIA DO SOCORRO DA SILVA CUNHA para MARIA DO SOCORRO E SILVA.


Justivan Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

Teresina, 20 de maio de 2019

Justivan Sérgio Leal Teixeira

Diretor Técnico – HUT

CRM: 3131



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Elidione da Silva Cunha

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 511046

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".

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Médica - 017390
S.A. - HUT
CONFERE COM ORIGINAL

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

HUT
ORTOPEDIA
Cirurgia Geral

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ELIDIANE DA SILVA CUNHA		Prontuário: 511046	
Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA CUNHA	Pai:		
End.Resid.: R AMARANTE 5620 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 07/07/1986	Idade: 32a10m6d	Sexo: Feminino	Fone: 86-99520-4767
Responsável: LUCIANE DA SILVA CUNHA		CNS:	
Profissão: DO LAR		Documento: Reg.Nasc: NAO PORTA	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 721527	Entrada: 13/05/2019 19:23:04	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEBRAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
---	------------------------------------	---------------------

Breve História Clas. Risco:

PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA APOS COLIDIR EM CARRO EVOLUINDO COM SUSPEITA DE CLAVÍCULA D
PA:130X 90
P:80
SAT 99

HELENILSA CARVALHO DE SOUSA
COREN - 307586
Em: 13/05/2019 19:28:43

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

ACIDENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM CAPACETE, NEGA: PERDA DE CONSCIENCIA, VÔMITOS, OTORRAGIA, RINORRAGIA. REFERE DOR DE FORTE INTENSIDADE EM CLAVICULA DIREITA, DOR EM PERNA ESQUERDA.
A: VIA AEREA PERVA. EM PRANCHA RIGIDA E COLAR CERVICAL. PA:140X100MMGH
B: MV+, SRA, SAT O2: 100%
C: FC= 98BPM
D: GLASGOW 15
E: ESCORIAÇÕES EM HEMITORAX DIREITO E ABDOME. PELVE ESTAVEL E INDOLOR. ABDOME FLÁCIDO, DEPRESSIVEL E INDOLOR.

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

Exames Complementares:

(1216181) - TORAX PA
(1216182) - CLAVICULA DIRETA
(1216183) - PERNA ESQUERDA

Prescrição Médica:

7 tramal 100mg - 1amp 100ml SFO, 9x1, u dor forte.

Motivo da Alta/Encerramento:

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

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 13/05/2019 20:14:21



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 43464 - Em: (13/05/2019)

Atendimento: 238998	Prontuário: 511046	Paciente: ELIDIANE DA SILVA CUNHA	Dt. Nasc.: 07/07/1986	Clinica: POSTO 2	Enfermaria: SUPLEMENTAR	Leito: EXTRA 04	Médico Assistente: ALMIR ALVES REBELO FILHO				
Evolução:		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:							
Hora:											
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:			Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE,										
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO			1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.			1,00	Ampola	EV	12/12h				
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.			1,00	Ampola	EV	6/6h			AD	
4	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.			50,00	mg	EV	12/12h				

Observações Gerais:

CUIDADOS GERAIS

Dr. Ferdinand Freitas
Ortopedia e Radiologia
CRM-PI: 3096 - TEOT: 1120

Joana Luisa Mendes de Araújo
Matrícula: 47390
SANE - HUT
CONFERE COM O GRUPO



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

205154

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
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

238998

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ELIDIANE DA SILVA CUNHA

6 - Prontuário: 511046

7-CNS:

8-Nascimento: 07/07/1986

9-Sexo: Feminino

12-Fone: 86-99520-4767

11-Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA CUNHA

14-Cor: Sem Informação

13-Resp: LUCIANE DA SILVA CUNHA

15-Ender: R AMARANTE 5620 - ALTO ALEGRE - CEP: 64000-010

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

10 - Principais sinais e sintomas clínicos:

ACIDENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM CAPACETE, NEGA: PERDA DE CONSCIENCIA, VÔMITOS, OTORRAGIA, RINORRAGIA. REFERE DOR DE FORTE INTENSIDADE EM CLAVICULA DIREITA, DOR EM PERNA ESQUERDA. A: VIA AEREA PERVIA. EM PRANCHA RIGIDA E COLAR CERVICAL. PA:140X100MMGH
B: MV+, SRA, SAT O2: 100%
C: FC= 98BPM
D: GLASGOW 15

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

RX E EXAME FÍSICO

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da clavícula

24-CID Prim:

S420

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

3-Cod.Proced.:

27-Procedimento Solicitado:

Tempo SUS

2

0408010150

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

716.039.213-20

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO

13/05/2019

CRM-PI: 3096 - TEOR 11020
Dr. Ferdinand Freitas
Ortopedia e Traumatologia

35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

37-() Acidente Trabalho Típico

38-() Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ÁLMIR FILHO)

Consulta Local: 721527

Consulta SUS:

Impressão: 13/05/2019 22:16:57



**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: 238998
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LIDIANE DA SILVA CUNHA	6 - Prontuário: 511046		
7-CNS: 898004159102273	8-Nascimento: 07/07/1986	9-Sexo: Feminino	CPF: 015.792.723-71
11-Mãe: MARIA DO SOCORRO E SILVA CUNHA	12-Fone: 86-99520-4767		
13-Resp: LUCIANE DA SILVA CUNHA	14-Fone: 86-99520-4767		
15-Ender: R AMARANTE 5620 - ALTO ALEGRE - 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. 0408010150	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030929	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		

38-Profissional Responsável: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO	40-Tp. Documento: CPF	Flávio Maciel B. de S. Coutinho Ortopedista e Traumatologista CRM 613192 41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 16/05/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 716.039.213-20	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fract. clavícula dir.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)

Joana Luisa Menezes de Albuquerque
Matriculada em 2010
SME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26/05/19

NOME DO PACIENTE:	Elidiane da Silva	PRONTUÁRIO Nº:	311046
DIAGNÓSTICO:	Ext. clavicula dir.	CIRURGIA:	Ortomax
ANESTESIA:	geral	Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Flavio B. de S. Collares	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Flavio B. de S. Collares	CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Rina glaydes	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	00	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	90		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	01		St. Cremon	2	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletródo	1	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Exco vas	1	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0	"	01401					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0.0	1	01		CIRCULANTE: Valdivia			
PROLENE							

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matr. 47390
S. H. H. T.
CONF. COM. O. F. P. R. I. A. L.



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente Elisabete da Silva Cunha

Diagnóstico pré-operatório Fist. cloacal dir.

Operação - Tipo Ostomia

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação 16/05/2019

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Após prolapso de prolapso, omeprazol
outro remédio, causou, inicialmente
cloniceles, RPT e pleco e prolapso,
sutura por pleco, eutrofo.

Joana Lúcia Mendes da Mesquita
Matrícula 12300
SAM - HUT
CONFIRMAÇÃO DO Patologista
Flávio Maciel B. de Jesus
Otorrinolaringologista
CRM-15112



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: <u>Elidiane da Silva Cunha</u>	Sala:	Alergia:	Data:
Procedimento: <u>Extracção da Clavícula</u>	Cirurgião: <u>Flavio</u>	Observações:	

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Doripen 2g EV													
2 Fentanyl 20mcg EV													
3 Propofol 130g EV													
4 Atropina 3mg EV													
5 Lidocaina 2g EV													
6 Diprivan 2g EV													
7 Desmetoprol 1g EV													
8 Atropina 1g EV													
9 Neostigmina 0,5g EV													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio 16/min													
AR/N2O 2:1 10/min													
Volatil 2	%												
Acesso Vascular													
• Periférico													
Cat. Venoso nº G													
• Dificuldade aces. venoso													
Gastos cateteres													
• Central													
Via Aérea	150												
• Cateter nasal													
• IOT nº 7													
• LMA nº													
Monitorização:													
• Cardioscopia	100												
• PANI													
• Oxímetro de pulso													
• ETCO2													
• Outros													
Anestesia:	50												
• Geral Venosa													
• Geral Balanceada													
• Raquianestesia													
• Peridural													
• Bloqueio Periférico													
• Outros													
Decúbito:													
SPO2 (%)		100	100	100	100								
ETCO2 (mmHg)		35	37	26	37								
Aces. Venoso													
Aces. Venoso													
Diurese													
Perdas Sanguíneas													

Descrição da Anestesia: ① Monitorização ② Pré-oxigenação ③ Indução ④ IOT (tubo 7)
⑤ VM + kwi: 100 + 2:1 1:1:2 + PR: 12 + kwi: 35 + RPS 100
⑥ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
⑦ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
⑧ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
⑨ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
⑩ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
⑪ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
⑫ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
⑬ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
⑭ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
⑮ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
⑯ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
⑰ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
⑱ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
⑲ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
⑳ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㉑ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㉒ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㉓ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㉔ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㉕ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㉖ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㉗ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㉘ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㉙ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㉚ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㉛ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㉜ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㉝ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㉞ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㉟ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㊱ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㊲ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㊳ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㊴ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㊵ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㊶ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㊷ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㊸ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㊹ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㊺ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㊻ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㊼ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㊽ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㊾ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100
㊿ RPS 100 + kwi: 35 + RPS 100

Dr. Dalton Vila Corte
ANESTESIOLOGISTA
CRM-MA 75047 CRM-PI 7552
RQE-PI 3476

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Lidianne da Silva Cunha
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2568567 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/09/2019

NOME
LIDIANE DA SILVA CUNHA

FILIAÇÃO
MARIA DO SOCORRO E SILVA CUNHA
DOMINGOS DE BRITO DA CUNHA

NATURALIDADE TERESINA - PI DATA DE NASCIMENTO 07/07/1986

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO 86118 L 99 F 505
EXP. TERESINA - PI 05/09/2019

CRT 015.792.723-7

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 69.250/83



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190558725 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIANE DA SILVA CUNHA **Data do acidente:** 13/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (P5).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO 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 MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Lidiane da Silva Cunha
RG: 2568567 Órgão Emissor: SSP-PI
CPF: 015.792.723-71 Nacionalidade: Brasileira
Est. Civil: Solteira Profissão: de bar
Endereço: con. Roid. Paulo de Tarso Ad.O Nº 09
Bairro: Stu. M^o da Exp. Cep: _____ Cidade/UF: Teresina-Piauí
Telefone: (86) 98807.7870 () _____

OUTORGADO:

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

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

Vítima: Lidiane da Silva Cunha
CPF: 015.792.723-71 Data do Acidente: 13/05/19

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

Teresina - Piauí 19.09.19
Local e data
Lidiane da Silva Cunha 
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Cartório
Themistocles
Sampaio
Rua Lúcio Nogueira, 1221 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-8150 - E-mail: atendimento@teresianapiao.com.br
Titular: Ursula Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LIDIANE DA SILVA CUNHA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 19/09/2019. Selo: AA341299-9X7I
www.tjpi.jus.br/portalextra.

Jessica Aline de Meneses Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:115
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELCO
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jessica Aline de Meneses Silva
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337910/19

Vítima: LIDIANE DA SILVA CUNHA

Data do acidente: 13/05/2019

CPF: 015.792.723-71

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LIDIANE DA SILVA CUNHA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

LIDIANE DA SILVA CUNHA : 015.792.723-71

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: 30/09/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2019
Nome: PAOLA LARISSA BREDAS
CPF: 071.930.319-29

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

PAOLA LARISSA BREDAS