

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: 446.938.973-34 4 - Nome completo da vítima: Silvana Lemos da Silva

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

5 - Nome completo: Silvana Lemos da Silva 6 - CPF: 446.938.973-34
7 - Profissão: Caixa 8 - Endereço: Cj. Parque Piauí 00.86 9 - Número: 08 10 - Complemento:
11 - Bairro: Parque Piauí 12 - Cidade: Teresma 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 994729591

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: 3606 013 CONTA: 33331 9
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresma - Piauí, 03.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190615615
Nome do(a) Examinado(a): Silvana Lemos da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Quadra Parque Piauí, 08 Qd 86
Parque Piauí Teresina PI CEP: 64025-010
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1159344
Data local do acidente: [23/12/2016]
Data local do exame: [11/11/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO TUBERCULO MAIOR DO UMEROS DIREITO

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

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM FISIOTERAPIA E GESSO

Complicações: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO

Data da Alta: 23/01/2017

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM OMBRO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO GRAU 3, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO-LIMITADO A 50 GRAUS.

- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ **Sim** ☐ **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ **Sim** ☐ **Não**

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO COM DOR EM OMBRO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

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

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

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

☐ "Vítima em tratamento"

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve

☒ **50% médio** ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve

☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve

☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve

☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
 CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058



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

595 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001591/2017-57

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francieleide Lima Cordeiro

Data/Hora: 11/04/2017 - 15:19

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA PIRES DE CASTRO, Nº:

Complemento

Data/Hora

23/12/2016 - 09:30

Bairro

CENTRO SUL

Ponto de Referência

EM FRENTE AO BB

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SILVANA LEMOS DA SILVA (45 ANOS)

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 1159344 SSP PI

Mãe: MARIA DE LOURDES LEMOS DE L SILVA

Endereço: QD 86 CASA 08, Nº

Bairro: PARQUE PIAUI

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/BIZ 125 ES. COR PRETA, PLACA OVX-3248-PI, DE SUA PROPRIEDADE. QUANDO FOI ATINGIDA NO GUIDÃO DA MOTO POR UM AUTOMÓVEL, HONDA CIVIC, PLACA JIA-8313, QUE SE EVADIU DO LOCAL, QUE, A VÍTIMA CAIU, FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 245683). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

Francieleide Lima
Francieleide Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Silvana Lemos da Silva
SILVANA LEMOS DA SILVA (45 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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: 446.938.973-34 4 - Nome completo da vítima: Silvana Lemos da Silva

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

5 - Nome completo: Silvana Lemos da Silva 6 - CPF: 446.938.973-34
7 - Profissão: Caixa 8 - Endereço: Cj. Parque Piauí 00.86 9 - Número: 08 10 - Complemento:
11 - Bairro: Parque Piauí 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 994729591

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: 3606 013 CONTA: 33331 9
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí, 03.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 18/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVANA LEMOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000033331-9

Nr. da Autenticação 791376554AB28A6E

Nº da Nota Fiscal 024142975

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\$)
JULHO/2019	16-07-2019	63	57,60

JOSE DE FREITAS MARTINS
CJ PARQUE PIAUI S/N QD 86 CASA 08 PARQUE PIAUI

CPE: 0000000000000000

CEP: 04.000-000 - TERESINA

Atual: 2211

Anterior: 2148

Constante de Multiplicação: 1,000

Consumo Medido: 63

Consumo Faturado: 63

Forma de Faturamento: 03

Código de Irregularidade: CAM

DATAS DA LEITURA

Atual:

Anterior: 09/07/2019

Próxima Leitura: 07-06-2019

Emissão: 07-08-2019

Apresentação: 08-07-2019

Dias de Consumo: 09-07-2019

Forma de Faturamento: 03

Classe/Subclasse: NORMAL

Residência: MONO

Mês/ano consumo: JUN/19 30

Mai/19 40

ABR/19 47

MAR/19 37

FEV/19 92

JAN/19 56

DEZ/18 0

NOV/18 182

OUT/18 1927

SET/18 24

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 63 - 0,615528

CONSUMO 63 A R\$ 0,862331 = 54,32

CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO:IP) 4,68

BONUS ITAIPU - ART. 21 LEI N. 1,88-

CORRECAO MONETARIA IG 06/15-00 0,04

MULTA POR ATRASO 26/19-00 0,40

JUROS POR ATRASO 26/19-00 0,04

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,26

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

Parabéns! Até o dia 08-07-2019, não constatamos faturas vencidas

nessa Unidade Consumidora.

Reservado ao Fisco

COMPOSIÇÃO DA CONTA

Distribuição: FB3B.1A5D.16EE.D55D.34E4.9933.EE76.9414

Energia: 11,43

Transmissão: 22,06

Encargos: 3,73

Tributos: 1,32

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Base de Cálculo:

Alíquota ICMS: 54,32

Valor do ICMS: 42,37

Valor do PIS: 22,00%

Valor do COFINS: 11,95

Indicadores de Confiança:

FC: 6,48%

Dific: 0,59

FC: 6,48%

Dific: 0,59

FC: 6,48%

Dific: 0,59

FC: 6,48%

Dific: 0,59

FC: 6,48%

Dific: 0,59

FC: 6,48%

Dific: 0,59

FC: 6,48%

Dific: 0,59

FC: 6,48%

Dific: 0,59

FC: 6,48%

Dific: 0,59

FC: 6,48%

Dific: 0,59

FC: 6,48%

Dific: 0,59

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/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 Kelly Leoni de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.308-90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Silvana Lemos da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 446.933.973-34
do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Silvana Lemos da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 446.933.973-34, 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: União e Quatro de Julho</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.302</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 994725591</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 01.10.19

Kelly Leoni de Oliveira
Assinatura do Declarante

URGÊNCIA



CLÍNICA
SÃO LUCAS

CLÍNICA DE ACIDENTADOS SÃO LUCAS LTDA.
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - FISIOTERAPIA
Médico de Plantão

RUA PAISSANDÚ, 2420 CEP 64001-120 TERESINA-PIAUÍ
FONES: 3221-6600 / 3221-6601 / 3221-4884 / • FAX:(86) 3221-7031
(86) 3221-7053 (Consultório)

Nome do Paciente:

Artur Roberto Medeiros

ORTOPEDISTAS

**ATENDIMENTO
EM CONSULTÓRIO**

Dr. José Alberto Nunes
Dr. Isânio Vasconcelos
Dr. Gerardo Vasconcelos
Dr. Roberto Wanderlan
Dr. Albert B. Medeiros
Dr. Miguel Ângelo

CLÍNICA MÉDICA:

Dr. Isânio Mesquita

PLANTONISTAS:

Dr. Gerardo Vasconcelos
Dr. Isânio Vasconcelos
Dr. Albert B. Medeiros
Dr. José Carlos
Dr. Bergiel
Dr. Roberto Wanderlan
Dr. Elias Barbosa
Dr. Miguel Ângelo
Dr. Adriel Leão

29/01/11
Dr. Adriel Leão
FISIO-3886 TEOT 14004
CRIMEPA e Traumatologia
Ortopedia e Cirurgia de Mão
Cirurgia de Otorrinolaringologia
CREPPI

*Atesto para os
devidos fins que
Sifane Leão da
Silva está em acom-
panhamento ambulatorial
por fratura com
do do fêmur de
úmero proximal da
Lo, realizou um
curetagem satisfatória da
fratura apresentando rigi-
dez articular. 5422/11256*

VOLTANDO À CONSULTA, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA

Estado do Piauí Prefeitura Municipal de Teresina Fundação Hospitalar de Teresina - FHT			REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU			SAMU 192	
Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local		
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital			
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE			
	13 Ponto de referência						
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado				
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	16 - Outros					
	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança			
Acidente de Transporte	23 Glasgow =	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão				
	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura		
Exame Físico	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	35 Observações		
	36 Responsável pela recepção	37 Socorristas	38 Enfermeiro	39 Condutor			



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE:

Juliano Lima de Sa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

245683



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".

ON fopedir

Imp: 23/12/2016 10:52:27

(User: JUCILEIA AGUIAR)

(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: SILVANA LEMOS DA SILVA		Prontuário: 245683
Mãe: MARIA DE LOURDES LEMOS DE LIMA SILVA	Pai: ANTONIO PEREIRA DA SILVA	
End.Resid.: CONJ. PARQUE PIAUI QD. 86 CASA 08 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 10/10/1971	Idade: 45a:2m:13d	Sexo: Feminino Fone: 86- 8817-9661
Responsável: LUCILEIDE	CNS: 700706446221280	
Profissão: OPERADORA DE CAIXA	Documento: RG: 1159344 - SSPI	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Desq./Divorciado(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 587400	Data: 23/12/2016 10:45:29	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA TORACOABDOMINAL	Evento Principal: Dor pleurítica	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO, ESTAVA EM MOTOCICLETA, A 01H. CONSCIENTE, ORIENTADA. RELATA DOR TORACOABDOMINAL À D, E EM MSD. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.			Profissional Clas. Risco: JUCILEIA AGUIAR DA SILVA COREN 177884 Em: 23/12/2016 10:52:21

DADOS CLÍNICOS: (Hora: __:__)

Acidente de trânsito com queda de altura, vítima de atropelamento por veículo de passeio, apresentando dor torácica e abdominal, com sinais de trauma. Paciente consciente e orientada, nega alergias e medicamentos em uso.

PA: 120 X 80 mmHg	Pulso: 90 bpm	Temp.: 36,5°C	CID: V299
Diagnóstico Inicial:			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

→ Solicitado Rastreamento de urina para toxicologia, com resultado negativo.
→ Solicitado Rastreamento de sangue para hemograma e perfil lipídico, com resultado normal.
→ Solicitado Rastreamento de urina para creatinina, com resultado normal.

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: 23/12/2016	HORA: 10:45	Se Internado, indique o Procedimento e CID
		Procedimento: Rastreamento de urina para toxicologia CID: V299

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Profissional Médico

**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: 23/12/2016 10:52:39

(JUCILEIA AGUIAR)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: SILVANA LEMOS DA SILVA		Prontuário: 245683
Mãe: MARIA DE LOURDES LEMOS DE LIMA SILVA		Pai: ANTONIO PEREIRA DA SILVA
End.Resid.: CONJ. PARQUE PIAUI QD. 86 CASA 08 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 10/10/1971	Idade: 45a:2m:13d	Sexo: Feminino Fone: 86- 8817-9661
Responsável: LUCILEIDE		CNS: 700706446221280
Profissão: OPERADORA DE CAIXA		Documento: RG: 1159344 - SSPI
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Desq./Divorciado(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 587400	Data: 23/12/2016 10:45:29	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 23/12/16 12:55 **ESPECIALISTA:** *[Assinatura]*
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Exame físico/lesões/estudo de caso*
Jeom sem sinais de lesões apuradas na investigação
Sem outras queixas estomaculares no momento.
cd: liberado de Exame

Roceldo Nascimento
Carimbo/Assinatura Solicitante
CRM-PI: 5882/CRM-MA: 8242

DADOS DO PARECER: **Data/Hora:** __/__/__:__

[Assinatura]
Dr. A. A. Aguiar

Saara Barros Nascimento
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
CRM-PI: 5882/CRM-MA: 8242

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**Data/Hora Solicitação:** __/__/__:__ **ESPECIALISTA:****MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:**

[Assinatura]
Dr. A. A. Aguiar

Saara Barros Nascimento
Carimbo/Assinatura Solicitante
CRM-PI: 5882/CRM-MA: 8242

DADOS DO PARECER: **Data/Hora:** __/__/__:__

[Assinatura]
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: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **SILVANA LEMOS DA SILVA** (Prontuário: 245683)
 Endereço: CONJ. PARQUE PIAUI QD. 86 CASA 08 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 10/10/1971 Idade: 45a.2m.13d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 587400
 Requisição: 706362 Solicitação: 23/12/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 880977 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 23/12/2016

US DE ABDOMEN TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(DANIEL AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/12/2016

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Kássia Jéssica Pinheiro
 Matrícula: 69904
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

[Assinatura manuscrita]
 [Carimbo circular: "HUT - Hospital de Urgência de Teresina"]

Clínica de Acidentados “São Lucas” Ltda.

C. G. C.: nº 06.852.636/0001-48 RUA PAISSANDU 2420/CENTRO CEP 64001-120 – TERESINA/PI
TEL.: DIRETORIA (fax) 3221-7031/SECRETARIA – 3221-7031/CONSUTÓRIO – 3221-7053
TEL.: GERAL – 3221-6601/3221-6600/ E-mail: clinicasaolucas@ibest.com.br

DECLARAÇÃO

Declaramos que a Sra. SILVANA LEMOS DA SILVA, vítima de acidente de moto foi atendida, nesta Clínica pelo convênio PARTICULAR no dia 27 de Dezembro de 2016, sob a responsabilidade e cuidados profissionais do médico Dr. Adriel Leão, tendo sido realizado tratamento de fratura do TUBERCULO MAIOR, CID: S42.2.

Teresina, 31 de Março de 2017.

Clínica de Acidentados São Lucas



Maria Fátima L. Guterres
Secretária

Clínica de Acidentados "São Lucas" LTDA.

Rua Paissandu, 2420 - CEP. 64.001 - 120 • Teresina-Piauí
Fones Geral:(86) 3221-6600 e 3221-6601
Consultórios: 3221-7053
Secretaria: 3221-7031 • Diretoria: Fone/Fax: 3221-4884

Ortopedia - Traumatologia

CLÍNICA SÃO LUCAS - Cns:
Cd.atend: 251828 SILVANA LEMOS DA SILVA
Data: 27/12/2016 08:34 Nasc.: 10/10/1971 45a
Conv: PARTICULAR Médico: ADRIEL LEÃO
Proced: URGÊNCIA
Enderec: Q. 36 CASA 8
Bairro.: PQ. PIAUI TERESINA 64000000 PI
Fone.: 08698817-966 Cns.:

Sexo: _____

Profissão: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Data: ____/____/____

H. D. A: _____

*Acidente com um objeto
causou ombro ar
R. fratura tuberculosa menor
co. fixo*

Dr. Adriel Leão
CRM/PI 3888 TEOT 14004
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

CLÍNICA SÃO LUCAS - Cns:
Cd.atend: 252314 SILVANA LEMOS DA SILVA
Data: 10/01/2017 10:42 Nasc.: 10/10/1971 45a
Conv: PARTICULAR Médico: ADRIEL LEÃO
Proced: EXTERNO
Enderec: Q. 36 CASA 8
Bairro.: PQ. PIAUI TERESINA 64000000 PI
Fone.: 08698817-966 Cns.:

Cd.
Da
Co
Pr
En
Ba
Fon

*Seguimento de
fx com evolução
de fx tuberculosa
menor*

Clínica de Acidentados "São Lucas" LTDA.

Rua Paissandu, 2420 - CEP. 64.001 - 120 • Teresina-Piauí
Fones Geral:(86) 3221-6600 e 3221-6601
Consultórios: 3221-7053
Secretaria: 3221-7031 • Diretoria: Fone/Fax: 3221-4884

Ortopedia - Traumatologia

CLÍNICA SÃO LUCAS - Cns:
Cd.atend: 251828 SILVANA LEMOS DA SILVA
Data: 27/12/2016 08:34 Nasc.: 10/10/1971 45a
Conv: PARTICULAR Médico: ADRIEL LEÃO
Proced: URGÊNCIA
Enderec: Q. 36 CASA 8
Bairro.: PQ. PIAUI TERESINA 64000000 PI
Fone.: 08698817-966 Cns.:

Sexo: _____

Profissão: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Data: ____/____/____

H. D. A: _____

*Acidente com um objeto
causou ombro ar
R. fratura tuberculosa menor
co. fixo*

Dr. Adriel Leão
CRM/PI 3888 TEOT 14004
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

CLÍNICA SÃO LUCAS - Cns:
Cd.atend: 252314 SILVANA LEMOS DA SILVA
Data: 10/01/2017 10:42 Nasc.: 10/10/1971 45a
Conv: PARTICULAR Médico: ADRIEL LEÃO
Proced: EXTERNO
Enderec: Q. 36 CASA 8
Bairro.: PQ. PIAUI TERESINA 64000000 PI

Cd.
Da
Co
Pr
En
Ba
Fon

*Seguimento de
fx com evolução
de fx tuberculosa
menor*

Clínica de Acidentados "São Lucas" Ltda.

C. G. C.: nº 06.852.636/0001-48 RUA PAISSANDU 2420/CENTRO CEP 64001-120 - TERESINA/PI
TEL.: DIRETORIA (fax) 3221-7031/SECRETARIA - 3221-7031/CONSULTÓRIO - 3221-7053
TEL.: GERAL - 3221-6601/3221-6600/ E-mail: clinicasaolucas@ibest.com.br

PACIENTE: SILVANA LEMOS DA SILVA

MEDICO: DR. ADRIEL LEÃO

RAIO X: OMBRO

CONCLUSÃO: Sinais de fratura tubérculo maior úmero.

Teresina, 27 de Dezembro de 2016.


Manoel Antonio Gomes
RADIOLOGISTA
CRM: 1115

Data: 09/04/2018
Nome do Paciente: **SILVANA LEMOS DA SILVA**
Médico Solicitante: **HUGO JOSE SALES**
Exame: **RM OMBRO DIREITO**



Código
213484

TÉCNICA:

-Realizados cortes multiplanares com sequências ponderadas em T1 e T2, algumas com saturação do sinal de gordura.

RELATÓRIO:

- Aumento do sinal intrassubstancial e espessamento do tendão do supraespinal, caracterizando tendinopatia, sem roturas.
- Edema laminar na bolsa subacromial-subdeltóidea, inferindo bursite.
- Estruturas ósseas com morfologia e sinal de RM preservados.
- Superfícies condrais regulares.
- Acrômio do tipo III de Bigliani, sem inclinações laterais anômalas.
- Bom alinhamento das estruturas ósseas que compõem as articulações glenoumeral e acromioclavicular.
- Tendões do infraespinal, subescapular e redondo menor com espessura e intensidade de sinal preservados.
- Tendão da cabeça longa do bíceps com espessura, morfologia e trajeto no sulco intertubercular normais.
- Lábio glenoidal íntegro.
- Ausência de derrame articular significativo.
- Ventres musculares tróficos e planos gordurosos sem alterações.

CONCLUSÃO:

- Tendinopatia do supraespinal, sem roturas.
- Sinais de bursite subacromial-subdeltóidea.

CAIO CESAR DANTAS COSME
CRM: 5059

Rua Anfrísio Lobão, 805/Jóquei
Fone: (86) 99482-1326 / ☎ 99445-6682
Teresina-Piauí

Quadra 178, Casa 06/07 - Dirceu II
Fone: (86) 3236-6536 / ☎ 99435-8029
Teresina-Piauí

Rua Des. Pires de Castro, 456 - Centro
Fone: (86) 3131-6636 / ☎ 98849-6588
Teresina-Piauí

**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAUJO**

Rua Magalhães Filho, 152 - Su Centro - Fone: 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

LAUDO MÉDICOPaciente: **SILVANA LEMOS DA SILVA** (Prontuário: 59257)

Endereço: QD 86 CS 08, - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI CEP: -

Nascimento: 10/10/1971 Idade: 45a:6m:27d

Sexo: Feminino

Origem: OUTRA UNIDADE

Atendimento: 0

Requisição: 71255 Solicitação: 04/04/2017

Solicitante: DENISE

Controle: 82513 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040116

Data Exame: 04/04/2017

OMOPLATA OU OMBRO - DIREITO (2 INCID.)

- Estrutura óssea íntegra.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

(TICIANA VIEIRA)

TERESINA - PI 06/04/2017

ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA REGO

CRM -3678

Profissional Responsável



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001591/2017-57

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francieleide Lima Cordeiro

Data/Hora: 11/04/2017 - 15:19

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA PIRES DE CASTRO, Nº:

Complemento

Data/Hora

23/12/2016 - 09:30

Bairro

CENTRO SUL

Ponto de Referência

EM FRENTE AO BB

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SILVANA LEMOS DA SILVA (45 ANOS)

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 1159344 SSP PI

Mãe: MARIA DE LOURDES LEMOS DE L SILVA

Endereço: QD 86 CASA 08, Nº

Bairro: PARQUE PIAUI

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/BIZ 125 ES. COR PRETA, PLACA OVX-3248-PI, DE SUA PROPRIEDADE. QUANDO FOI ATINGIDA NO GUIDÃO DA MOTO POR UM AUTOMÓVEL HONDA CIVIC, PLACA JIA-8313. QUE SE EVADIU DO LOCAL. QUE, A VÍTIMA CAIU, FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 245683). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

Francieleide Lima
Francieleide Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Silvana Lemos da Silva
SILVANA LEMOS DA SILVA (45 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

SILVANA LENOS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
1159344 SSP PI

CPF
446.933.973-34

DATA NASCIMENTO
10/10/1971

FILIAÇÃO

ANTONIO PEREIRA DA
SILVA
MARIA DE LOURDES
LENOS DE L SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

A.B.

Nº REGISTRO

05108419808

VALIDADE

25/06/2020

Nº HABILITAÇÃO

22/12/2010

OBSERVAÇÕES

A

Silvana Lenos da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

TERESINA

DATA DE EMISSÃO

29/06/2015

40841243027
PI315809530

ARILSON MARTINS DO REGO LORÃO
DEPUTADO GERAL DO DETRAN - PI
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - PI (PIAUÍ)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1090952684

PROIBIDO PLASTIFICAR

1090952684

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 010337286547

0120130162706

00155040352

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

1532559#8848540#0054830#815715067669#084813

VIA

CDV RENAVAM

RNTRC

1

559386346

NOME/ENDEREÇO

SILVANA LEMOS DA SILVA

QD 86 CS 08

00000

PARQUE PIAUI

PI

CEP/CNPJ

44693397334

OVX-3248

NOME ANTERIOR

SOL NASCENTE MOTOS LTDA

CHASSI

PLACA ANT/UF

9C2JC4B20DR52B290

ESPECÍFICO

PAS/MOTONETA / NENHUMA

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB

ANO MOD

2013

2013

CAP/POT/GH

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

02P/0124CC

PARTIC

PRETA

OBSERVAÇÕES

PBT: 001.03

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA
ALIENACAO FIDUCIARIA CAL SEGURO
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

LOCAL

TERESINA

DATA

15/08/2013

JOSE ANTONIO VASCONCELOS

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Silvana Lemos da Silva
RG: 115.9344 Órgão Emissor: SSP-PI
CPF: 446.933.973-34 Nacionalidade: Brasileira
Est. Civil: solteira Profissão: laixa
Endereço: Cg. Parque Pici Ad 86 Nº 08
Bairro: Parque Pici Cep: _____ Cidade/UF: Teresina-Piauí
Telefone: (86) 98807-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly moura 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: Silvana Lemos da Silva
CPF: 446.933.973-34 Data do Acidente: 23/12/2016

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

Teresina-Piauí 08.10.19
Local e data

Silvana Lemos da Silva
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344340/19

Vítima: SILVANA LEMOS DA SILVA

CPF: 446.933.973-34

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 23/12/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILVANA LEMOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

SILVANA LEMOS DA SILVA : 446.933.973-34

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: 03/10/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019
Nome: PAOLA LARISSA BREDI
CPF: 071.930.319-29

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

PAOLA LARISSA BREDI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190615615

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SILVANA LEMOS DA SILVA

Data do acidente: 23/12/2016

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TUBERCULO MAIOR DO UMEROS DIREITO

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM OMBRO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO GRAU 3, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO-LIMITADO A 50 GRAUS.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS

Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 11/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567095

Vítima: SILVANA LEMOS DA SILVA

Data do Acidente: 23/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILVANA LEMOS DA SILVA

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, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190615615

Vítima: SILVANA LEMOS DA SILVA

Data do Acidente: 23/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILVANA LEMOS DA SILVA

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, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190615615

Vítima: SILVANA LEMOS DA SILVA

Data do Acidente: 23/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SILVANA LEMOS DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190615615

Vítima: SILVANA LEMOS DA SILVA

Data do Acidente: 23/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SILVANA LEMOS DA SILVA

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: **SILVANA LEMOS DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001606**

Conta: **0000033331-9**

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



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190615615

Vítima: SILVANA LEMOS DA SILVA

Data do Acidente: 23/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILVANA LEMOS DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

