
Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190207127

Vítima: PAULO AFONSO DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO AFONSO DOS SANTOS

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, 26 de Março de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190207127**

Vítima: PAULO AFONSO DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

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, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190207127

Vítima: PAULO AFONSO DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO AFONSO DOS SANTOS

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: PAULO AFONSO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003827

Conta: 0000025564-1

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 (s) tipo(s) de cobertura:

☐ DMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do seguro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

E-mail:

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

RENDA MENSAL:

☒ REQUISO 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (232)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3827

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 25564

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo presente assinalado, autorizo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, comprometendo-me a não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da ocorrência de sinistro, 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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

nasceu (val. nascido)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem com documentação adequada, 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.

Local e Data, São Gonçalo do Piauí 13-03-2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

PJ CORRETORA DE SEGUROS

19 MAR 2019

Assinatura

2ª Nome:

DPVAT

Assinatura

Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

13 VIA

OUVIDORIA 0800 723 7777

022-564759409-0

22/JAN/2019

HORA DE 11:06:40

LOT: 15.025294-0

LOCALIDADE: SANTO ANTONIO DOS MILAGRES

RG. VINCULADA: 3827

TERM: 00401

CONTROLE: 02374375

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3827 013 00025664-1

PAULO AFONSO DOS SANTOS

VALOR

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO DÉBITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

022-564759409-0

Loterias CAIXA

Loterias CA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 248837.000010/2019-46

Unidade de Registro: DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gregório Luiz De Sousa

Data/Hora: 21/01/2019 - 09:55

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SÃO GONÇALO DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO GONÇALO DO PIAUÍ

Endereço

ESTRADA VICINAL DO POVOADO LOGOA DO COCO, Nº: S/N

Complemento

Data/Hora

17/09/2018 - 10:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PAULO AFONSO DOS SANTOS

RG: 55.951.668X SSPSP SP

Mãe: MARIA ALVES DOS SANTOS

Endereço: CONJUNTO NOVA VIDA II, QD - 02, CS 13, Nº S/N

Bairro: CENTRO

Cidade: SÃO GONÇALO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-9540-0533

Tipo Envolv.: VITIM/Autorizante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG 125

2000 LWB1428 9C2JC2500YR009397

00733624537

Azul

Condutor: PAULO AFONSO DOS SANTOS

RG: 55.951.668X Órgão: SSPSP UF RG: SP

End: CONJUNTO NOVA VIDA II, QD - 02 CS 13 Número: S/N Complemento:

Cidade: SÃO GONÇALO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: CENTRO

Proprietário: GILMAR PEREIRA LIMA

End: ELESBÃO FREITAS Número: S/N

Cidade: SÃO GONÇALO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: CENTRO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia de polícia civil, para comunicar um acidente de trânsito, ocorrido na estrada vicinal do povoado Lago do Coco, município de São Gonçalo do Piauí, relata o noticiante que estava conduzindo sua motocicleta e perdeu o equilíbrio da motocicleta e veio cair na pista; o noticiante foi levado para o hospital de São Pedro; foi examinado pelo médico de emergência e transferido de Teresina; o noticiante relata que fraturou a mão esquerda. Diante do exposto pede providência por parte desta Delegacia de Polícia Civil. Era o Boletim.

Gregório Luiz de Sousa
Agente de Polícia Civil
Mat. 0096920

PAULO AFONSO DOS SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 248837.000010/2019-46

Delegado de Polícia

Jólio Luiz de Sousa
Delegado de Polícia Civil
CPF: 009682-0

Raula Afonso Vossato

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
19 MAR 2019
DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha (s) tipo(s) de cobertura:

☐ DMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

E-mail:

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

RENDA MENSAL:

☒ REQUISO 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (232)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3827

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 25564

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

Pelo prazo assinalado, autorizo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, comprometendo-me a apresentar a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da atuação 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Gráu 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

nasceu (val. nascido)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem com documentação adequada, 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.

Local e Data, São Gonçalo do Piauí 13-03-2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

PJ CORRETORA DE SEGUROS

19 MAR 2019

Assinatura

2ª Nome:

DPVAT

Assinatura

Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

13 VIA

OUVIDORIA 0800 723 7777

022-564759409-0

22/JAN/2019

HORA DE 11:06:40

LOT: 15.025294-0

LOCALIDADE: SANTO ANTONIO DOS MILAGRES

RG. VINCULADA: 3827

TERM: 00401

CONTROLE: 02374375

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3827 013 00025664-1

PAULO AFONSO DOS SANTOS

VALOR

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO DÉBITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

022-564759409-0

Loterias CAIXA

Loterias CA

**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Av. Ulisses Guimarães s/n. Promorar - Fone: 86 3215 9153

TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

JD: 41800

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

Nome: PAULO AFONSO DOS SANTOS		Prontuário: 128061
Mãe: MARIA ALVES DOS SANTOS	Pai: NAO INFORMADO	
End.Resid.: Q 71 CASA 13 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 26/06/1977	Idade: 41a2m21d	Sexo: Masculino Fone: 36- -
Responsável: O MESMO		CNS:
Profissão:		Documento: Reg.Nasc: *
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 303271	Entrada: 17/09/2018 19:26:11	Convênio: S U S	Proced: 0301080029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDA	Classificação: DOR LEVE RECENTE	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: PM VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM QUEIXA DE DOR TORÁCICA, ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, NEGA COMORBIDADES.		LORAYNE CAVALCANTE DE CARVALHO COREN 241910 ENE Em: 17/09/2018 19:50:22

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE COM DOR E EDEMA NA MÃO ESQUERDA, APÓS ACIDENTE DE MOTOCICLETA REFERINDO DIFICULDADE DE MOBILIZAÇÃO DA REFERIDA MÃO, RELAT	
Diagnóstico Inicial: ?	
Exames Complementares: RX MOSTROU FRATURA	

Prescrição Médica: DEXAMETASONA 1 FA IM PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA NA 8HS, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA NA MÃO ESQUERDA. FEITO RAIO MOSTROU FRATURA DO DA REGIÃO PROXIMAL DO DEDO ANELAR ESQUERDO
--

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação DATA: / / HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

OZIEL CARLOS BARROS OLIVEIRA
CRM 2474 PI Em: 17/09/2018 20:00:35

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: 02/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO AFONSO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000025564-1

Nr. da Autenticação D376369615F81330

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ
 CNPJ: 06.845.747/0001-27
 AV. MAL. CASTELO BRANCO, 101 N - CEP: 64.000-610
 FONE GERAL: 3216-6300

CONTA DE ÁGUA
 ATENDIMENTO
08000 86 8888
 MATRÍCULA: 25899295

MÊS/ANO: 02/2019 VENCIMENTO: 21/02/2019

MARIA ALVES DOS SANTOS
 COM CONJUNTO NOVA VIDA II, NUM. 00000
 CENTRO
 SÃO GONÇALO PI 64435-000

INSCRIÇÃO 098.001.0009.0481.00 ROTA 002.0481

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL. FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A07N505705	10	REAL	78063789
DT. LEIT. ANTER.	DT. LEIT. ATUAL	DIAS CONSUMO	LEIT. ANTERIOR	LEIT. ATUAL	MÉDIA
02/01/2019	29/01/2019	27	824	832	11
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.
02/2019 5	12/2018 4	11/2018 4	10/2018 15	09/2018 3	08/2018 4

VALORES (R\$)

DESCRIÇÃO	VALOR
TARIFA DE ÁGUA	28,72
MANUTENÇÃO DE HIDRÔMETRO 001/001	1,60

DEMONSTRATIVO DE TÁBUAS	Base de Cálculo:	TOTAL A PAGAR (R\$)
	30,32	
	IR: 1,46	COPINS: 0,91
	CELL: 0,30	PLS/PASEP: 0,20

AVISO DE DEBITO: CONTAS: 4 VALOR: 113,97
 A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA
 RETIRE 2 VIA NO SITE WWW.AGESPISA.COM.BR

MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR

Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/04	Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/04
Turbidez	3,85	5,0	PIBOR		1,5
Ph	6,10	6,0 A 9,5	POTRO	8,00	0,3
Cor	1,40	15,0	Colif. Totais	Ausente	0
Cloro	2,40	0,2 A 5,0	Colif. Fecalis	Ausente	0

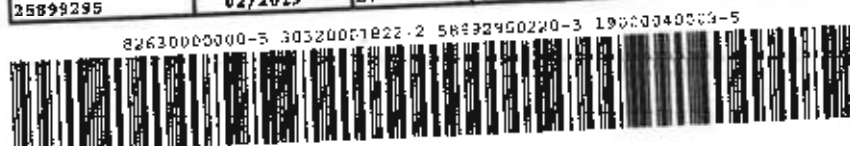
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

000.000

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AGESPISA

MATRÍCULA	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR (R\$)	ROTA
25899295	02/2019	27	30,32	002.0481



Endereço: Rua Sete de Setembro 1914
 Bairro: CENTRO - PI
 CEP: 64.000-000
 Fone: (85) 325-0000

TIM BLACK

R\$ 139,47

VENCIMENTO

25/01/2019

EMIÇÃO: 07/01/2019

POSTAGEM: 21/01/2019

FATURA: 3649223240

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
 RUA SETE DE SETEMBRO, 244
 CENTRO
 64.025-000 - ELESBAO VELOSO - PI

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Prezado cliente, excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 30/01/2019 sem cobranças de juros e multa. Consta nessa fatura a cobrança de um novo serviço: Serviço de Voz 4G para o número 86999993007.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07 DEZ A 06 JAN

Serviços TIM S.A.	VALOR
☒ Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
☒ CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,77
☒ OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ -6,29

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

SERVIÇOS ADICIONAIS	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus (087/POS/SMP)	-	-	1	31	07/12 a 06/01	139,99
Oferta TIM Pós C Plus	-	-	9/12	31	07/12 a 06/01	-50,00
Oferta TIM Pós C Plus	-	-	-	-	-	139,99
Oferta TIM Pós C Plus	10GB	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Oferta TIM Pós C Plus	Ilimitado	163m36s	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Oferta TIM Pós C Plus	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Oferta TIM Pós C Plus	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Oferta TIM Pós C Plus	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Oferta TIM Pós C Plus	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Oferta TIM Pós C Plus	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.apmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

APROVADO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	R\$ 0,71
IMPOSTO DE RENDA	30%	R\$ 107,08	R\$ 32,12	FUNTEL	R\$ 0,34
IMPOSTO DE RENDA	1,65%	-	-	-	-
IMPOSTO DE RENDA	9,25%	-	-	-	-

Informações Complementares - Plano(s) - Serviço de Voz 4G (SVA)
 Incluído no(s) Plano(s)

Informações Complementares - Plano(s) - Serviço de Voz 4G (SVA)	Valor
Franchising	R\$ 137,49
SVA	R\$ 32,50
Desconto(s) Franchising	R\$ -36,18
Desconto(s) SVA	R\$ -13,82



TIM

Cliente TIM Nova! tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet toda mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000009121536776014	JAN/2019	07/01/2019	25/01/2019	R\$ 139,47

VIA BANCO

84880000001 - 5 39470109011 - 7 00364922324 - 9 00121536776 - 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguraderalider.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: 4026-1596 / 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 Cuidador: 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/BIG1/OTECAWEB/DQCORIGINAL.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, RECHER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva
inscrito(a) no CPF/CNPJ 849.374.433 / 53 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário
Paulo Afonso dos Santos inscrito(a) no CPF sob o nº 968.754.373 / 68
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Paulo Afonso dos Santos
inscrito(a) no CPF sob o nº 968.754.373 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa Informar

Dedarei 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 pena prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Sete de Setembro</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Eleutério Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com</u>	CEP: <u>64.325-200</u>	Tel./DDD: <u>(86) 99983-6008</u>

Local e Data: Eleutério Veloso - Piauí - Pí 13.03.2019

Adriana Carla de Sousa Silva
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 9h 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 91 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

Eu Gilmar Pereira Lima

RG nº 860275, data de expedição 01/02/87

Órgão SSPPI, portador do CPF nº 579209403-97

com domicílio na cidade de São Gonçalo - Piauí no Estado de

Piauí onde resido na (Rua/Avenida/Esplanada)

Rua - Elestão Freitas S/nº

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Paulo Afonso dos Santos, cujo o condutor era

Paulo Afonso dos Santos

Veículo: motocicleta Modelo: Honda CB/325 Ano: 1999/2000

Placa: LWB-1428 Chassi: 9C2JC2500YR09397

Data do Acidente: 17/09/18

Local e Data: São Pedro - PI - 30/01/2019

Gilmar Pereira Lima
Assinatura do Declarante

Paulo Afonso dos Santos
Assinatura do Condutor

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

RECONHEÇO COMO VERDADEIRAS AS FIRMAS DE:- GILMAR PEREIRA LIMA e PAULO AFONSO DOS SANTOS, TENDO OS MESMOS COMPARECIDOS EM CARTÓRIO APRESENTARAM IDENTIDADES E CPF'S, FORAM FEITOS CARTÕES DE AUTOGRAFIA, AS ASSINATURAS APOSTAS NO DOCUMENTO SÃO AUTÊNTICAS.-

SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI, 30 DE JANEIRO DE 2019

Wilson Barbosa Pereira
TABELIAO.-





CONSULTÓRIO MÉDICO
CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES LABORATORIAIS
RUA LEÔNIDAS MELO, 2218 - BAIRRO ALTO DA CRUZ
SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI - FONE: 9 8127-8610



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A FINALIDADE DESTES RELATÓRIOS É AGILIZAR A AVALIAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE, NÃO SENDO OBRIGATÓRIA A SUA APRESENTAÇÃO.

NOME COMPLETO DA VITIMA

NÚMERO DO SINISTRO

PAULO AFONSO DOS SANTOS

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO PACIENTE

17.09.18

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO

17.09.18

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO

OZIEL CARLOS D. LIMA

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

FRATURA DO 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

17.09.18 - PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM
ARTES METÁLICAS

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
EM CASO POSITIVO DESCREVER

[] SIM [X] NÃO

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

[] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO

[X] A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o seguimento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º GRAU MÓDULO DE MOVIMENTOS DA

2º MÃO ESQUERDA

3º

4º

5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 17.09.18 A 21.01.19 QUE AS
RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

SPP-PI

LOCAL

21.01.19

DATA

ASSINATURA
Oziel Carlos
MENDONÇA DE FIGUEIRAS
CRM 274-PI BO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA

HOSPITAL GERAL DO PROMORAR

Av. Ulisses Guimarães s/n. Promorar - Fone: 86 3215 9153

TERRESTINA-PI CEP: 64275-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

15. 41860

22 02 04 9

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Time: 17/09/2023 20:00:26

Uffme: DR. CETER, CARLOS

17574001 CONE(L4-PC)

Nome: PAULO AFONSO DOS SANTOS		Prontuário: 128061	
Mãe: MARIA ALVES DOS SANTOS		Pai: NAO INFORMADO	
End.Resid.: Q 71 CASA 13 - PARQUE PIAUI TERESIA - PI - CEP: -			
Nascimento: 26/06/1977	Idade: 41a2m21d	Sexo: Masculino	Fone: 116- -
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão:		Documento: Reg.Kasc:	
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 303271	Entrada: 17/09/2018 19:26:11	Convênio: S J S	Processo: 0301065029
Motivo da Procura {Conforme Paciente/Acomp}: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> QUEIDA	<u>Classificação:</u> DOR LEVE RECENTE	<u>Cor:</u> Verde
<u>Breve História C/laq. Risco:</u> PM VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM QUINTA DE DOR TORÁCICA. ESCOTAÇÕES PELO CORPO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. NEGA COMORBIDADES.		LORAYNE CAVALCANTE DE CARVALHO COREN 24.010 RM- Em: 17/09/2018 10:00:28

SSVV: {Hora: ____:____}												
Peso:	0,00	Kg	Altura:	0,00	M	IMC:	0,00	Kg/m ²	Pulso:	bmp	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

PACIENTE COM DOR E EDEMA NA MÃO ESQUERDA, APÓS ACIDENTE DE MOTOCICLETA REFERINDO DIFICULDADE DE MOBILIZAÇÃO DA REFERIDA MÃO, RELAT

Diagnostic Tissues:

2

Exames Complementares:

RX CONTROL FRAMES 38

Prescrição Médica:

EXPLOSORA 1 EN IM

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA HA 8HS, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA NAO MAO ESQUERDA.
FEITO BAIO MOSTROU FRASTURA DO DA REGIAO PROXIMAL DO DECO ANELAR ESQUERDO

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação

DATA: / / /

FCRA:

Resposta: Paciente ou Responsável

OZIEL CARLOS BARRALLO LIMA
CRM 2474 PI Exp: 17/09/2013 10:00:35



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 359461808	Nº REGULAÇÃO: 41800	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-3324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: PAULO AFONSO DOS SANTOS		NASCIMENTO: 26/06/1971

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ 8H, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA NA MÃO ESQUERDA. SOLICITO AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS: RX			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MÃO			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O₂:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES: DEXAMETASONA			

DATA: 17/09/2018 20:17:50

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Oziel Carlos
Hospital e Urgência
Crim. 174-PI

ALCORRETORA
DE SEGUROS
19 MAR 2019
W. D. P. V. A. T.



Alton

R.V. não
Exame

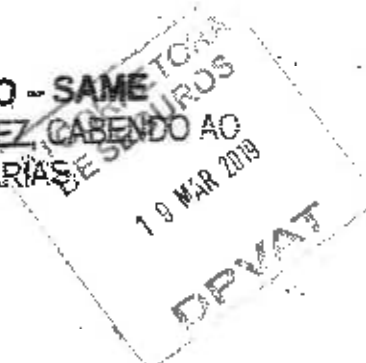
NOME DO PACIENTE:

Paulo Moura dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

488707

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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

RAIO-X REALIZADO

DATA 17/03/2018

Feito em: 17/03/2018 21:30:31

Feito por: DANIELLE VIEIRA

Estação: ACCUR

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	PAULO AFONSO DOS SANTOS	Prontuário:	438707
Mãe:	MARIA ALVES DOS SANTOS	Pai:	
End. Resid.:	Q71 CASA 13 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento:	26/06/1977	Idade:	41a2m21d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-39 46-0304
Responsável:	PAULO AFONSO	CNS:	700008079879901
Profissão:	LAVRADOR	Documento:	CNP: 968.754.373-68
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E. Civil:	Solteiro(a)
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	684774	Data:	17/09/2018 21:14:14	Condução:	VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U 5
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
CID Secundário:	V299				

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Cal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor leve recente	ORTOPEDISTA	Verde
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
SEGUE COM EDEMA EM MÃO ESQUERDA APOS ACIDENTE DE MOTO HÁ MAIS DE 24 HORAS. ENCAMINHADO DA UPA DO PROMOTOR PARA AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA. DOR:3		DANIELLE ALVES VIEIRA 262341 Em: 17/09/2018 21:30:30	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

História de queda de moto, apresentando dor em mão (E). Rx = fx da base do 4º metacarpo (E). CD: Internação.

PA	X	mmHg	Pulso:	EC:	bpm	Temp:	
Diagnóstico Inicial:							

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / /

HORA: :

Procedimento

CID

Assinatura - Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otilio Filho 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA Nº. 112/09/2019
11/09/2019

Internação:	223103	Preventivo:	488707	Paciente:	PAULO AFONSO DOS SANTOS	Clinica:	Posto 1	Enfermagem:	Artemio	Leito:	FERNANDO CARVALHO DE ALMEIDA
Evolução:	Nome: <i>Paulo Afonso dos Santos</i>										
Seq.:	Descrição-Atendimento/Observação			Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Rotários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dietas	OMAL TIPO LIVRE, 1/500 (NUTRICIONAL) Isis Caland CRM/PI 10165										
1	CLORETO DE SÓDIO (SOMO FISIOLÓGICO) 0,9% C/100ML 318T. P/CHAMADO			1,00	Frasco	SV	24/24h				
2	DIPIRINA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.			1,50	ampola	EV	6/6h	MD			
3	TENOXICAM 20MG/ML, Pó P/SOL. INJ.			1,00	ampola	EV	12/12h	MD			
4	OMEPRAZOL 20MG			1,00	Cápsula	Oral	24/24h				

Observações Gerais: CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS

Dr. Alexandre Nogueira
CRM-PI 3321 CRM-MA 9337

Dr. Alexandre Nogueira
CRM-PI 3321 CRM-MA 9337

for



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

488707

Nome do Paciente

Paulo Afonso dos Santos

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de base do 4º Metacarpo E

Operação - Tipo

Redução cirúrgica + osteossíntese.

Cirurgião

Dr. Ismael Vasconcelos Mesquita

Assistente

Ismael Vasconcelos Mesquita

Dr. Thiago Barbosa Bazarra

3º Assistente

CRM-PI 2386

3º Assistente

CRM-PI 3909

Instrumentador(a)

Selene

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura de base do 4º Metacarpo E
(fixada)

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- Paciente em DDH sob orelharia, antebraço, antebraço, campos estêreis, mini-incisões para entrada dos fios, manipulação e redução cirúrgica de fratura, fixação com 03 fios de Kirschner para reestabelecer o comprimento e 02 fios de Kirschner para estabilizar o foco de fratura, curativo, tala gesso antebraço.

Ismael Vasconcelos Mesquita

CRM-PI 2386

Obs: Utilizada fios de Kirschner N° 1,0, pois não houve fios 1,5 nem 2,0 no centro cirúrgico.

Ismael Vasconcelos Mesquita

CRM-PI 2386



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23.09.2018

NOME DO PACIENTE: <u>Paulo F. dos Santos</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>1884-07</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Bloqueio</u>	Nº DA SALA: <u>03</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Isarim</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Estelita Bergel</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Armando</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Selma</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7,6</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>7,0</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	15	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	250	
ÁGUA OXIGENADA	ML	150		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	90		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>atopando de cupon</u>		02	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>elétrico</u>		05	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>02 Gesso</u>		02	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<u>Diagor de ortopedico</u>		02	
ALCOFIL				<u>Mantele tubular em</u>		30	
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE				<u>Priscila M. grande</u>			



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Otto 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO AFONSO DOS SANTOS** (Prontuário: **488707**)
 Endereço: Q71 CASA 13 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI CEP: 64000-000
 Nascimento: 26/06/1977 Idade: 41a5m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 684774
 Requisição: 874888 Solicitação: 17/09/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
 Controle: 1083670 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 17/09/2018

MAO ESQUERDA

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

- Fratura completa recente na base do 4º metacarpo com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tiro 1820 Redenção - Fone: 36 3218 5415

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO AFONSO DOS SANTOS** (Prontuário: 488707)
 Endereço: Q71 CASA 13 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI CEP: 64000-000
 Nascimento: 26/06/1977 Idade: 41a5m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 644774
 Requisição: 874888 Solicitação: 17/09/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
 Controle: 1083670 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 17/09/2018

MAO ESQUERDA

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

- Fratura completa recente na base do 4º metacarpo com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

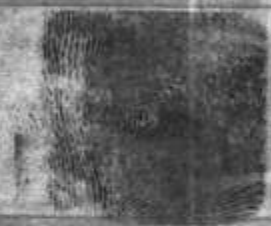


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GOMES LOPES DA SILVA





8220-6

PROIBIDO PLASTIFICAR

Paulo Afonso dos Santos

B010-044154

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

55.951.668-X DATA DE EMISSÃO 26/DEZ/2011

PAULO AFONSO DOS SANTOS

MARIA ALVES DOS SANTOS

AMARANTE -PI DATA DE NASCIMENTO 26/JUN/1977

SÃO GONÇALO DO PIAUÍ PI

SÃO GONÇALO DO PIAUÍ

CN:LV.A4 /FLS.151 /N.002026

968754373/68

193 Delegado Delegado

Assinatura do Diretor de Identificação

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

CORRETORA
DE SEGUROS
18 MAR 2019
DPVAT

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1554703040

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013936224357
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDB-RENAVAM 007336224357 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
GILMAR FERREIRA LIMA

CPF/CNPJ 57920940397 PLACA LNE-1428

PLACA ANT./UF CHASSI BC2JC2500YH019397

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLETA NENHUMA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN ANO FAB. 1999 ANO MOD. 2000

CAP./POT./CIL 02P/012400 CATEGORIA PARTICU CCR PREDOMINANTE ASBL

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º 1º VENC. COTAS
FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º 2º LPVA
3º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 000,00 IDP (R\$) 000,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SÃO GONÇALOS LOCAL LIMA 10/02/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013936224357 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 10/01/2019

VIA 1 CPF/CNPJ 57920940397 PLACA LNE-1428

RENAVAM 007336224357 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB. 1999 CIL. DRE 09 Nº CHASSI 9C2JC2500YH019397

PRÊMIO TARIFÁRIO
COTA ÚNICA (R\$) 000,00 DE DETRAN (R\$) 000,00 COTA ÚNICA DO SEGURO (R\$) 000,00
COTA ÚNICA DO BILHETE (R\$) 000,00 DE (R\$) 000,00 COTA ÚNICA DO SEGURO (R\$) 000,00

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO 03/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.246.688/0001-44

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
19 MAR 2019
DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190207127 **Cidade:** São Gonçalo do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO AFONSO DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA BASE DO 4º METACARPO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA FLEXO-EXTENSÃO DOS 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIXAÇÃO METÁLICA COM FIOS DE KIRSCHNER. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA DO TRATAMENTO EM DEZEMBRO DE 2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 3º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/03/2019

Conduta mantida:

Observações: DEVIDO À PROXIMIDADE ANATÔMICA COM O 4º QUIRODÁCTILO E A LESÃO E O TEMPO DE IMOBILIZAÇÃO, O 3º QUIRODÁCTILO TAMBÉM EVOLUIU COM LIMITAÇÃO ARTICULAR.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190207127 **Cidade:** São Gonçalo do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO AFONSO DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA. P9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS KIRSCHNER). P7 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190207127 **Cidade:** São Gonçalo do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO AFONSO DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA. P9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS KIRSCHNER). P7 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190207127 **Cidade:** São Gonçalo do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO AFONSO DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA BASE DO 4º METACARPO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA FLEXO-EXTENSÃO DOS 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIXAÇÃO METÁLICA COM FIOS DE KIRSCHNER. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA DO TRATAMENTO EM DEZEMBRO DE 2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 3º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/03/2019

Conduta mantida:

Observações: DEVIDO À PROXIMIDADE ANATÔMICA COM O 4º QUIRODÁCTILO E A LESÃO E O TEMPO DE IMOBILIZAÇÃO, O 3º QUIRODÁCTILO TAMBÉM EVOLUIU COM LIMITAÇÃO ARTICULAR.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Paulo Afonso dos Santos
 RG: 55951668-X ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF: 968754373-68
 NACIONALIDADE: Brasileira EST. CIVIL: solteiro PROFISSÃO: Lavrador
 ENDEREÇO: conj. Nova Vida
 BAIRRO: Centro CEP: 64163500 CIDADE/UF: São Gonçalo - PI
 TELEFONE: (86) 95400533 (-) - - - - - (-)

OUTORGADO:

NOME: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

RG: 1.651.371 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF 849.394.433-53

NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: AUTÔNOMO.

ENDEREÇO: RUA SETE DE SETEMBRO Nº 244

BAIRRO: CENTRO CEP 64.325-000 CIDADE/UF: ELESBÃO VELOSO-PIAUI

TELEFONE: (86) 99981-6008 (86) 99473-5001 (86) 99402-2764



PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR O OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUE CONFIO PODERES ESPECÍFICOS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LÍDER 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 CONSORCIAIS, 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 DESTES MANDATOS, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE A:

VITIMA: Paulo Afonso dos Santos
 CPF: 968754373-68 DATA DO ACIDENTE: 17/09/18
 COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DABS ☐ MORTE

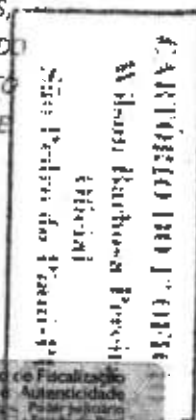
São Pedro - PI, 30/01/2019
 local e data

Paulo Afonso dos Santos
 Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

RECONHEÇO COMO VERDADEIRA A FIRMA DE: PAULO AFONSO DOS SANTOS, TENDO O MESMO COMPARSICIDO EM CARTÓRIO, APRESENTOU IDENTIDADE E CPF, FOI FEITO CARTÃO DE AUTOGRÁFO, A ASSINATURA APOSTA NO DOCUMENTO É AUTÊNTICA.-

SÃO PEDRO DO PIAUI-PI, 30 DE JANEIRO DE 2019

Wilson Barboza Pereira
 WILSON BARBOZA PEREIRA
 TABELIÃO.-



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092776/19

Vítima: PAULO AFONSO DOS SANTOS

CPF: 968.754.373-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/09/2018

Titular do CPF: PAULO AFONSO DOS SANTOS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

PAULO AFONSO DOS SANTOS : 968.754.373-68

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: 19/03/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL