

Audências x Email - Reinaldo Filho - x x Consulta processos - Pro x PJ 0802718-11.2019.8.18.0 x PJ 0802719-93.2019.8.18.0 x Controle de documento: x +

ProOrd 0802719-93.2019.8.18.0028
RAIMUNDO FELIX DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

8214589 - CONTESTAÇÃO (2691501 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 06/02/2020 11:44:46

06 Feb 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 8214585 - CONTESTAÇÃO
 - 8214589 - CONTESTAÇÃO (2691501 CONTESTACAO 01)
 - 8214794 - Documentos (2691501 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 8214793 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 8214591 - Documentos (GARTIA DE PREPOSTOS)
 - 8214592 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

27 Jan 2020

AUDIÊNCIA CONCILIAÇÃO DESIGNADA PARA 11/03/2020 12:00 2ª VARA DA COMARCA DE FLORIANO.

downloadBinario.seam 1 / 9

2691501- CJ/2020-00400/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
— ADVOGADO ASSOCIADO —

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORIANO/PI

Processo: 08027199320198180028

AUSÊNCIA DE COBERTURA

PT 11:44 06/02/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORIANO/PI

Processo: 08027199320198180028

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAIMUNDO FELIX DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **05/07/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 03/11/2017.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 03/11/2017 após 4 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 05/07/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

¹“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

² RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FLORIANO, 31 de janeiro de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RAIMUNDO FELIX DE SOUSA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **FLORIANO**, nos autos do Processo nº 08027199320198180028.

Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 2020.

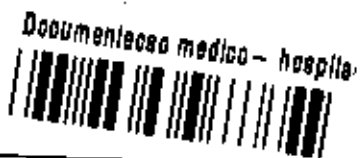


JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Receituário

Ricardo Felix Sena

Rx

no topo:

① Fitonon _____ 0x1
Opliv 818h

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 3918 TEOT - 13135

Floriano, 01/08/17.

(86) 99432-2928

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Receituário

Raimundo Felix de Sousa

R
moaid.

① Finistrona em lotaria

Eupendo

30 dias

Código de ADM.



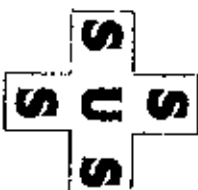
Florianópolis, 05/09/17



ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO
MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

Av. Alberto Leal Nunes, S/N - Fone 86 3293-1964 - 64490-000 / REGENERAÇÃO-PI



TRATAMENTO AMBULATORIAL

☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO

Nome: Reimundo Felix Sousa

Data de Nascimento: 18.04.1944

CNS: 30631213001200081 Hora: 11:30 1ª Vez () Subsequente (X) Cor 00

Endereço: Populadouro da Serra Verde, 235, São José

Município: Populadouro

História Clínica: paciente com história de "ruído de fundo" há 15 anos

há 15 anos, acompanhada por ruído de fundo no coração

Exame Físico: Atletismo, não apresenta lesões, auscultando

Sinais vitais: P.A. 140 x 60 mm Hg Glicemia capilar 120 mg/dl

TAX: 36 °C Sat. O₂ 98 % P: 12 bpm F.R: 18 irpm

Outros Exames: ECG satisfatório Rx de pulmões - E.

Hipótese Diagnóstica: HEART 04 DA CAUSE - E. C17

Exame ou Tratamento Solicitado: ECG, eletrocardiograma - 12 leads

Data: 05/08/2004 REFERENCIA.

MEDICO

14120032 2451402-008-01 704 11/08/2004

ASSINATURA DO MEDICO E CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU IMPRESSÃO DIGITAL

OBS: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Receituário

Roimundo Felix Bene

Rx

uso tópico:

① Fitonor _____ oral
Oplicor 8184

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 3913 TEOT - 13135

Florianópolis, 07/08/17

(86) 99432-2828

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Receituário

Raimundo Felix de Sousa

R
mooid.

① Finistério em colar

Eupenolo

30 meses

Carlo de AM.



Florianópolis, 05/09/17

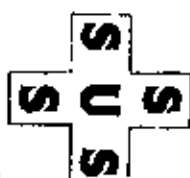


ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO

MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

Av. Alberto Leal Nunes, S/N - Fone 86 3293-1964 - 64490-000/REGENERAÇÃO-PI



TRATAMENTO AMBULATORIAL

☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO

Nome: Raimundo Felix Sousa

Data de Nascimento: 18.04.1944

CNS: 5063121109100081 Hora: 11:30 1ª Vez () Subsequente (X) Cor (U)

Endereço: Rodovia de Santa Cruz, 355, São José

Município: Barcelândia

História Clínica: paciente com história de "glaucoma de aguda"

há 16 horas, apresentando dor lateral e dor no couro cabelado

Exame Físico: hipertensão, hiperemia conjuntiva, aumento

Sinais vitais: P.A.: 140 x 90 mm Hg Glicemia capilar: 140 mg/dl

TAX: 36 °C Sal. 02: 92 % P.: 72 bpm F.R.: 18 irpm

Outros Exames: ECG satisfatório Rx. do Couro cabelado - E.

Hipótese Diagnóstica: Glaucoma de ângulo aberto - E. (C)

Exame ou Tratamento Solicitado: encaminhamento para - tratamento

Data: 05/08/2014 10:00 REFEKAR

MÉDICO

141 420332 2451 1102-408-11 446 11020 2451 11020332

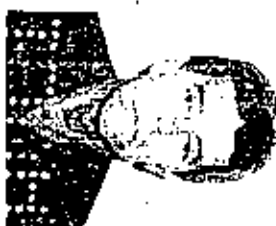
ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU IMPRESSÃO DIGITAL

Obs: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS, É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



ASSINATURA DO TITULAR

Carteira de Identidade

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

162.765

DATA DE
EXPEDIÇÃO

03/10/13

NOME

RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA

FILIAÇÃO

IZABEL FÉLIX DE SOUSA
JOSÉ PEREIRA DE SOUSA

NATURALIDADE

FLORIANO-PI

DATA DE NASCIMENTO

18/01/1941

DOC. ORIGEM

CERT. CASAM. 1914 L 16B F 268V
EXP REGENERAÇÃO PI 09/12/03

CPF

011.635.583-20

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 80.260/83

Documentos de Identificação



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA - PIAUÍ
15-08-2017 15:47 333033 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - UGAO-DE DEUS MARTINS

6219274

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificacao



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 162.765 DATA DE EXPIRAÇÃO 03/10/13

NOME RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA

PAI RIZABEL FÉLIX DE SOUSA

MÃE JOSÉ PEREIRA DE SOUSA

NATURALIDADE FLORIANO-PI DATA DE NASCIMENTO 18/01/1941

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 1914 L 168 F 268V

EXPI. REGENERAÇÃO PI 09/12/03

CPF 011.635.583-20

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.114 DE 24/06/83 - DECRETO Nº 88.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

19274

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 162.765 DATA DE EMISSÃO 03/10/13

NOME RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA

FILIAÇÃO IZABEL FÉLIX DE SOUSA
JOSÉ PEREIRA DE SOUSA

NATURALIDADE FLORIANO-PI

DATA DE NASCIMENTO 18/01/1941

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 1914 L 168 F 268V
EXP. REGENERAÇÃO PI 09/12/03

CPF 011.635.583-20

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/03 - DECRETO Nº 80.260/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RJ Nº 7723363495
 CREDENCIAMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 27662107841 - ANO PAD. 2006 - ANO MOD. 2007

JOSE PEREIRA DA SILVA

RUA DEOLINO PESSOA S/N 00000
 BELA VISTA PI

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
 MOTOCICLISTAS DE VIA TERRESTRE E/OU POR SUA CARGA A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PJ Nº 7723363495 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE PEREIRA DA SILVA

RUA DEOLINO PESSOA S/N 00000
 BELA VISTA PI

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

2006 - 00

27662107841 - LMB-7956

007604323 - HONDA 150 EROS RS

DUT



15-04-2007 15:47 530030 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RJ Nº 7723363495
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA 27662107841 ANO 2006

PROPRIETÁRIO: JOSE PEREIRA DA SILVA

RUA DEOLINO PESSOA S/N 40000

BELA VISTA RJ

CNPJ 27662107841 LWB-7956

20062007

CATEGORIA: PARTIC PRETA

1º TVVA 2º PAGO

3º PAGO

4º PAGO

5º PAGO

6º PAGO

7º PAGO

8º PAGO

9º PAGO

10º PAGO

SEGURO OBRIGATORIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

Assinatura

DATA 18/06/2008

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
MOTOCICLISTAS DE VIA TERRESTRE POR SUA CARGA E PESSOAS
TRANSPORTADAS SUJETO - SEGURO DPVAT

PI Nº 7723363495 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE PEREIRA DA SILVA

RUA DEOLINO PESSOA S/N 40000

BELA VISTA RJ

CNPJ 27662107841 LWB-7956

20062007

CATEGORIA: PARTIC PRETA

1º TVVA 2º PAGO

3º PAGO

4º PAGO

5º PAGO

6º PAGO

7º PAGO

8º PAGO

9º PAGO

10º PAGO

11º PAGO

12º PAGO

13º PAGO

14º PAGO

15º PAGO

16º PAGO

17º PAGO

18º PAGO

19º PAGO

20º PAGO

21º PAGO

22º PAGO

23º PAGO

24º PAGO

25º PAGO

26º PAGO

27º PAGO

28º PAGO

29º PAGO

30º PAGO

31º PAGO

32º PAGO

33º PAGO

34º PAGO

35º PAGO

36º PAGO

37º PAGO

38º PAGO

39º PAGO

40º PAGO

41º PAGO

42º PAGO

43º PAGO

44º PAGO

45º PAGO

46º PAGO

47º PAGO

48º PAGO

49º PAGO

50º PAGO

51º PAGO

52º PAGO

53º PAGO

54º PAGO

55º PAGO

56º PAGO

57º PAGO

58º PAGO

59º PAGO

60º PAGO

61º PAGO

62º PAGO

63º PAGO

64º PAGO

65º PAGO

66º PAGO

67º PAGO

68º PAGO

69º PAGO

70º PAGO

71º PAGO

72º PAGO

73º PAGO

74º PAGO

75º PAGO

76º PAGO

77º PAGO

78º PAGO

79º PAGO

80º PAGO

81º PAGO

82º PAGO

83º PAGO

84º PAGO

85º PAGO

86º PAGO

87º PAGO

88º PAGO

89º PAGO

90º PAGO

91º PAGO

92º PAGO

93º PAGO

94º PAGO

95º PAGO

96º PAGO

97º PAGO

98º PAGO

99º PAGO

100º PAGO

101º PAGO

102º PAGO

103º PAGO

104º PAGO

105º PAGO

106º PAGO

107º PAGO

108º PAGO

109º PAGO

110º PAGO

111º PAGO

112º PAGO

113º PAGO

114º PAGO

115º PAGO

116º PAGO

117º PAGO

118º PAGO

119º PAGO

120º PAGO

121º PAGO

122º PAGO

123º PAGO

124º PAGO

125º PAGO

126º PAGO

127º PAGO

128º PAGO

129º PAGO

130º PAGO

131º PAGO

132º PAGO

133º PAGO

134º PAGO

135º PAGO

136º PAGO

137º PAGO

138º PAGO

139º PAGO

140º PAGO

141º PAGO

142º PAGO

143º PAGO

144º PAGO

145º PAGO

146º PAGO

147º PAGO

148º PAGO

149º PAGO

150º PAGO

151º PAGO

152º PAGO

153º PAGO

154º PAGO

155º PAGO

156º PAGO

157º PAGO

158º PAGO

159º PAGO

160º PAGO

161º PAGO

162º PAGO

163º PAGO

164º PAGO

165º PAGO

166º PAGO

167º PAGO

168º PAGO

169º PAGO

170º PAGO

171º PAGO

172º PAGO

173º PAGO

174º PAGO

175º PAGO

176º PAGO

177º PAGO

178º PAGO

179º PAGO

180º PAGO

181º PAGO

182º PAGO

183º PAGO

184º PAGO

185º PAGO

186º PAGO

187º PAGO

188º PAGO

189º PAGO

190º PAGO

191º PAGO

192º PAGO

193º PAGO

194º PAGO

195º PAGO

196º PAGO

197º PAGO

198º PAGO

199º PAGO

200º PAGO

201º PAGO

202º PAGO

203º PAGO

204º PAGO

205º PAGO

206º PAGO

207º PAGO

208º PAGO

209º PAGO

210º PAGO

211º PAGO

212º PAGO

213º PAGO

214º PAGO

215º PAGO

216º PAGO

217º PAGO

218º PAGO

219º PAGO

220º PAGO

221º PAGO

222º PAGO

223º PAGO

224º PAGO

225º PAGO

226º PAGO

227º PAGO

228º PAGO

229º PAGO

230º PAGO

231º PAGO

232º PAGO

233º PAGO

234º PAGO

235º PAGO

236º PAGO

237º PAGO

238º PAGO

239º PAGO

240º PAGO

241º PAGO

242º PAGO

243º PAGO

244º PAGO

245º PAGO

246º PAGO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368250/18

Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

CPF: 011.635.583-20

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/07/2017

Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE
SOUSA

CPF de: Próprio

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
Laudo do IML - Lesões corporais

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA : 011.635.583-20

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 cancela 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: 08/10/2018
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: DAJANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

DAJANE SANTOS BARBOZA

Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo

3110616561

☐ Aguardando status e/ou Erro sistêmico

☒ Solicitação 07

☐ Solicitação 06

☒ Caixa Redistribuição

☐ Atraso por consulta ao site da Receita Federal

☐ Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
19/09/2018	8/10

24/09/18 - Recebimento de doc p/ cadastre

Nome: Daiane Barboza

À SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

REFERENTE SINISTRO Nº 3170616567 – COBERTURA INVALIDEZ

VITIMA: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

EU RAIMUNDO FELIX DE SOUSA, CPF: 011.635.583-20, VENHO MUI RESPEITOSAMENTE REQUERER DESSA CONCEITUADA, A REABERTURA/RECADASTRAMENTO DO SINISTRO ACIMA NUMERADO QUE SE ENCONTRA CANCELADO POR AUSENCIA DE EXIGÊNCIA DOCUMENTAL CONFORME CARTA Nº 12342980 DE 05 DE FEVEREIRO DE 2018. ENCAMINHO A PENDENCIA SOLICITADA PARA QUE SEJA FEITO A REABERTURA/RECADSTRAMENTO DO PROCESSO E O MESMO SEJA ANALISADO E CONCLUÍDO.

TERMO EM QUE,

PEÇO DEFERIMENTO.

FLORIANO-PI 11 DE SETEMBRO DE 2018



RAIMUNDO FELIX PEREIRA

CPF: 011.635.583-20

19-SET-2018 09:58 583516 141
SERVIDOR LIDER DPVAT 092 LIVRO 2017 00000000

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Raimundo Filho de SouzaDATA DO ACIDENTE: 05.07.2017 CPF DA VÍTIMA 011.635.583-20

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR SA VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA ÉENDEREÇO DO PORTADOR Rua Bandeira de S. PauloNº 52 COMPLEMENTO -- BAIRRO Sas ViçenteCIDADE Reginópolis UF PI CEP 64.490-000E-MAIL spaulstomazrigues@hotmail.com TELEFONE (89) 3621 2793 994351033

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- () SOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DADOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS.: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓRITAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS.: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MORTE = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA Mariano Pi 11.09.18

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

Raimundo Telles de Souza

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448275/17
Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/07/2017
Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA : 011.635.583-20
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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/11/2017
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF/CNPJ: 011.635.583-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2017
Nome: JULIANA ANTUNES ESTIGARRIBIA
CPF: 079.808.657-23

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

JULIANA ANTUNES ESTIGARRIBIA

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder - DPVAT

COBERTURA SOLICITADA

- ☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

DATA DO ACIDENTE 05/07/2017 POSSUI CPF (X) SIM () NÃO Nº OF 01/656.58320

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário.
 Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvaissguiaonline.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 027 1204.
 Todos os documentos devem estar legíveis.

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Laudo de invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
☐ Declaração de Ausência de Laudo de IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
☒ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - cópia autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Declaração de Cônjuge (original)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
☐ Prova de convivência junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
☐ Prova de convivência junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
☐ Declaração de Cônjuge (original)
☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
 Quem é o portador? (X) Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador: 000.000.000-00
 E-mail: 0311112017@assinatura.raimundo.felix@dpvafazenda.com.br

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
 Assinatura: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
 Data: 05/07/2017

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder do
Comércio de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448275/17
Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/07/2017
Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro	Outros
Declaração de Inexistência de IML Declaração do Proprietário do Veículo Outros	

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/01/2018
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2018
Nome: JOSÉ FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

JOSÉ FRANCISCO COELHO LOUREIRO

SINISTRO 3170616567 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS**BENEFICIÁRIO** RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 01163558320**Posição em 15-01-2018 11:03:34**

Seu pedido de indenização foi avallado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de Inexistência de IML	Vitima	Pendente	
Declaração do Proprietário do Veículo	Vitima	Pendente	

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/12/2017	Exigência Documental	
28/12/2017	Aviso de Sinistro	

Consultado em 15/01/2018 às 11:03:34
Nº 3170616567
15/01/2018 10:06 029103 1/1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448275/17
Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/07/2017
Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Comprovação de ato declaratório
Outros

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/01/2018
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Alexandre Tavares Belfort

Cristina Alves

De: Daysielle Oliveira <daysielle.oliveira@delphos.com.br>
Enviado em: segunda-feira, 29 de janeiro de 2018 08:41
Para: Projeto Correo
Cc: Marcus Reis; Marco Silva
Assunto: Sinistro: 3170616567 - RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
Anexos: Ato declaratório.pdf

Prezados, Bom dia!

Solicitamos que receba (em anexo) a segunda prova do acidente no ato declaratório.

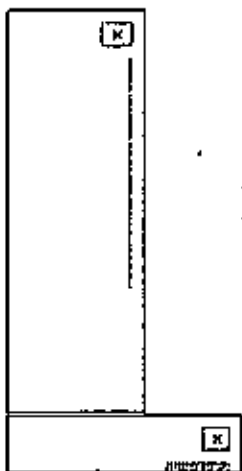
Aviso Seguradora líder de Invalidez registrado por:
Usuário: JULIANA ANTUNES ESTIGARRIBIA

ASL-0448275/17

Dados da vítima
Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 01163558320
CPF de: Próprio
Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
Data de nascimento: 18/01/1941
Data do sinistro: 05/07/2017

Daysielle Oliveira
Coordenadora de Sinistros de Pessoas
DELPHOS
www.delphos.com.br

Rio de Janeiro: (21) 4009-1707



IMPORTANTE: Os documentos e arquivos anexados a este e-mail contém informações que podem ser confidenciais. Esta informação é para uso exclusivo do (s) destinatário (s) específico (s) cujo nome (s) aparece (em) na seção de cabeçalho do e-mail. Se você recebeu esta mensagem por engano, por favor, notifique o remetente imediatamente pelo retorno da mensagem e delete o arquivo e seus anexos. Você está sendo notificado que qualquer divulgação, cópia, distribuição ou adoção de qualquer ação decorrente da informação confidencial contida neste documento é estritamente proibida. Qualquer violação poderá ser penalizada por lei.

IMPORTANT: The documents and files attached to this transmission contain confidential information that must be kept secret by law. This information is for the exclusive use of the specified recipient whose name appears in this transmission. If you have received this message by mistake, please notify us immediately by return e-mail and delete the file and its attachments. You are hereby notified that any dissemination, copying, distribution or adoption of any action arising from the confidential information contained herein is strictly prohibited. Any violation will be penalized by law.



20031-205

Rua de Janeiro - RJ

Rua Sen. Dantas N.º 4. 15.º andar Centro

Sigwarder Ltda



D. H.

Regencia - R-I - 64490-000

Procedimento de S. Pinto. S/W. Sem custo

Raimundo Felix de Souza

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Laudo do IML - Lesões corporais



Eu, RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA, portador da carteira de identidade nº 162.765 e inscrito no CPF/IME sob o nº 011.635.583-20 residente e domiciliado na RUA LAURENÇA DE S. PINTO, 275 - SÃO VICENTE Cidade REGENERATION Estado PIAUÍ, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Raimundo Félix de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

REGENERATION-PI

Local e data

REGENERATION-PI
19-10-2018 10:26 029103 14

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448275/17
Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/07/2017
Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro	Outros
Declaração de Inexistência de IML Declaração do Proprietário do Veículo Outros	

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/01/2018
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2018
Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

SINISTRO 3170616567 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA**COBERTURA** invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS**BENEFICIÁRIO** RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 01163558320**Posição em 15-01-2018 11:03:34**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de Inexistência de IML	Vítima	Pendente	
Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Pendente	

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/12/2017	Exigência Documental	
28/12/2017	Aviso de Sinistro	

SINISTRO 3170616567
15-01-2018 10:06 029183 V1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448275/17
Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/07/2017
Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro	Outros
Declaração de Inexistência de IML Declaração do Proprietário do Veículo Outros	

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/01/2018
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2018
Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

SINISTRO 3170616567 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA**COBERTURA** invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS**BENEFICIÁRIO** RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 01163558320**Posição em 15-01-2018 11:03:34**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de Inexistência de IML	Vítima	Pendente	
Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Pendente	

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/12/2017	Exigência Documental	
28/12/2017	Aviso de Sinistro	

SINISTRO 3170616567
15-01-2018 10:06 029183 V1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448275/17

Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

CPF: 011.635.583-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/07/2017

Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/01/2018

Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

CPF: 011.635.583-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2018

Nome: Alexandre Tavares Belfort

CPF: 024.208.707-86

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Alexandre Tavares Belfort

Outros



Cristina Alves

De: Daysielle Oliveira <daysielle.oliveira@delphos.com.br>
Enviado em: segunda-feira, 29 de janeiro de 2018 08:41
Para: Projeto Correio
Cc: Marcus Reis; Marco Silva
Assunto: Sinistro: 3170616567 - RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
Anexos: Ato declaratório.pdf

Prezados, Bom dia!

Solicitamos que receba (em anexo) a segunda prova do acidente no ato declaratório.

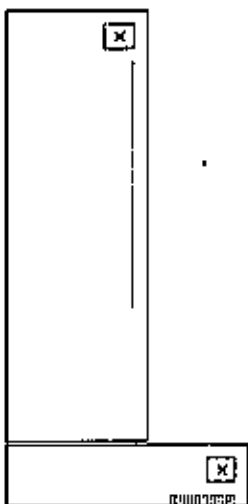
Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por:
Usuário: JULIANA ANTUNES ESTIGARRIBIA

ASL-0448275/17

Dados da vítima
Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 01163558320
CPF de: Própio
Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
Data de nascimento: 18/01/1941
Data do sinistro: 05/07/2017

--

Daysielle Oliveira
Coordenadoria de Sinistros de Pessoas
DELPHOS
www.delphos.com.br



IMPORTANTE: Os documentos e arquivos anexados a este e-mail contém informações que podem ser confidenciais. Esta informação é para uso exclusivo do (s) destinatário(s) específico (s) cujo nome (s) aparece (em) na seção de cabeçalho do e-mail. Se você recebeu esta mensagem por engano, por favor, notifique o remetente imediatamente pelo retorno da mensagem e delete o arquivo e seus anexos. Você está sendo notificado que qualquer divulgação, cópia, distribuição ou adoção de qualquer ação decorrente da informação confidencial contida neste documento é estritamente proibida. Qualquer violação poderá ser penalizada por lei.

IMPORTANT: The documents and files attached to this transmission contain confidential information that must be kept secret by law. This information is for the exclusive use of the specified recipient whose name appears in this transmission. If you have received this message by mistake, please notify us immediately by return e-mail and delete the file and its attachments. You are hereby notified that any dissemination, copying, distribution or adoption of any action arising from the confidential information contained herein is strictly prohibited. Any violation will be penalized by law.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368250/18

Número do Sinistro: 3180471796

Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

CPF: 011.635.583-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/07/2017

Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA : 011.635.583-20

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Outros



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: 21/03/2019
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA *Raimundo Silva de Sousa*

DATA DO ACIDENTE *05.07.2017* CPF DA VITIMA *011.635.583-20*

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR *(X) VITIMA* () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM

QUALIFICAÇÃO

ENDEREÇO DO PORTADOR *Rua Lourenço de A. Pinto*

510 (COMPLEMENTO

CIDADE *Raposa* UF *Piauí* BAIRRO *São Vicente*

CEP *64.490-000* TELEFONE *(89) 3521-2993*

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE.

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLÍCIA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CERTIFICAÇÃO DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE MATRIMÔNIO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE MATRIMÔNIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE MATRIMÔNIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

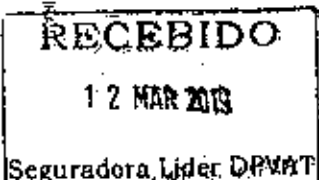
(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE



DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

(X) RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLÍCIA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE MATRIMÔNIO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE MATRIMÔNIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE MATRIMÔNIO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE MATRIMÔNIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368250/18

Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

CPF: 011.635.583-20

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/07/2017

Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

CPF de: Próprio

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
Laudo do IML - Lesões corporais

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA : 011.635.583-20

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: 08/10/2018
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

DAIANE SANTOS BARBOZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368250/18

Número do Sinistro: 3180471796

Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

CPF: 011.635.583-20

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA : 011.635.583-20

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: 21/03/2019
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180471796

Vitima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Data do Acidente: 05/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180471796**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13475028



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
Nº Sinistro: 3180471796
Vitima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
Data do Acidente: 05/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180471796**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180471796

Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Data do Acidente: 05/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 162.765 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 03/10/13 E
 CPF 071635583-20 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO APD SENTADO
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

Autorização de pagamento



1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 1989 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 67752-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL REGENERAÇÃO - PI DATA 03/11/2017

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Raimundo Felix de Sousa

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Autorização de pagamento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

3170616567

CPF da Vítima

011.635.583-20

Nome completo da vítima

Raimundo Felix de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
Raimundo Felix de Souza		011.635.583-20		Picudo
Endereço	Número		Complemento	
Rua Iandernira de S. Pinto	S/N		-	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
São Vicente	Requenaço	PE	64.490-000	
E-mail	Telefone (DDD)			
-	83-35212793			

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR		☐ SEM RENDA	
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRANDESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)		BANCO	
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome	
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
NRO	NRO	NRO	NRO
3489	67752		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)
D/V	D/V	D/V	D/V
	6		
	013		

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

Glonianski 11 de setembro de 2018

Local e Data

Raimundo Felix de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 162.765 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 03/10/13 E
 CPF 011635583-20 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO APD. SENTADO
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (") NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

1 Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado na SISPDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 1989 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 67752-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL RESSURTAÇÃO - PI DATA 03/11/2017

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Raimundo Felix de Sousa

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUA

COMPROVANTE DE DEPOSITO

01/09/2018 HORA: 10:16:30
DATA EFETIVACAO. 10/09
CONVENIO: 000487295
OPERADOR: DINER

AGENCIA 1989
CONTA 013.00067752-6
NOME RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
VALOR: 5,00
COD OPERACAO 631193496

018-09-10-10 16 29 9704
DISQUE CAIXA 0800 72
0101 OUVI

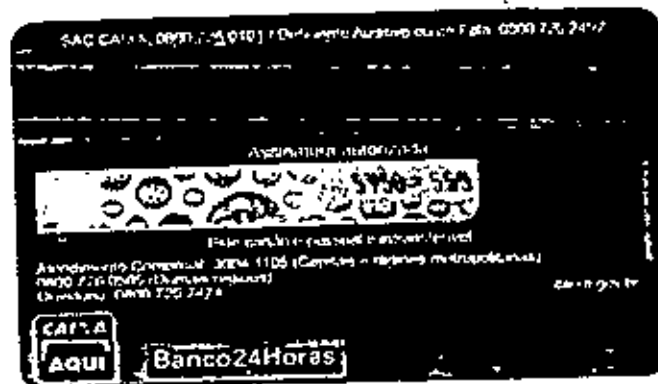
DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A F
NO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MI
DISCONTA MARCADA PARA RECEBIMENTO
SITO EXCLUSIVAMENTE NO CAIXA DAS AG

SAC CAIXA. 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala 0800 726 2492

Ouvidoria 0800 725 7474

caixa.gov.br



SELEÇÃO LÍDER DPPI RJ 13-NOV-2017 15:47 330836 1/1



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

Nº do sinistro ou ASL: **318047 1796** CPF da vítima: **011.635.583-20** Nome completo da vítima: **Raimundo Felix de Sousa**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDÁ MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Raimundo Felix de Sousa** CPF: **011.635.583-20**
Profissão: **Reuso** Endereço: **Rua Iandemira de S. Pinto** Número: **510** Complemento: **-**
Bairro: **São Vicente** Cidade: **Recuperação** Estado: **PI** CEP: **64.490-000**
E-mail: **-** Tel./DDD: **85-3521 2793**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDÁ MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDÁ ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

op.
013

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3989** CONTA: **67752** **6**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a 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 de Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo arrolado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la caso discordo 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 nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem 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.

Local e Data: **Gloriano - PI - 04.02.2019**

Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Raimundo Felix de Sousa
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 RGO, 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.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUILA

COMPROVANTE DE DEPOSITO

01/09/2018 HORA: 10:16:30
DATA EFETIVACAO 10/09
CONVENIO 000487295
OPERADOR DINER

VALOR 1989
CONTAS 013 00067752-6
NOME RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
VALOR 5,00
COD OPERACAO 631193496

013 00 10 10 16 29 9704
DISQUE CAIXA - 0800 72
0101 OUVI

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A F
ACAO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MI
NUTOS A MARCADA PARA RECEBIMENTO
SOMENTE EXCLUSIVAMENTE NO CAIXA DAS AG

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala Ligue 726 2492

CAIXA 0800 726 2474

caixa.gov.br



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

Nº do sinistro ou ASL: **318047 1796** CPF da vítima: **011.635.583-20** Nome completo da vítima: **Raimundo Felix de Sousa**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDÁ MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Raimundo Felix de Sousa** CPF: **011.635.583-20**
Profissão: **Reuso** Endereço: **Rua Iandemira de S. Pinto** Número: **510** Complemento: **-**
Bairro: **São Vicente** Cidade: **Regeneração** Estado: **PI** CEP: **64.490-000**
E-mail: **-** Tel (DDD): **85-3521 2793**

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

RENDÁ MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDÁ ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3989** CONTA: **67752** **6**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a 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 de Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo arrolado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la caso discordo 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 nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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: **Gloriano - PI - 04.02.2019**

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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 RGO, 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.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUILA

COMPROVANTE DE DEPOSITO

01/09/2018 HORA: 10:16:30
DATA EFETIVACAO 10/09
CONVENIO 000487295
OPERADOR DINER

VALOR 1989
CONTAS 013 00067752-6
NOME RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
VALOR 5,00
COD OPERACAO 631193496

013 00 10 10 16 29 9704
DISQUE CAIXA - 0800 72
0101 OUVI

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A F
ACAO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MI
NUTOS MARCADA PARA RECEBIMENTO
EXCLUSIVAMENTE NO CAIXA DAS AG

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala Ligue 726 2492

Caixa Econômica Federal 0800 726 2474

caixa.gov.br



B.O. autenticado

no processo de DANF

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 132579.000356/2017-96

Unidade de Registro: DP DE AMARANTE

Resp. pelo Registro: Maria Da Paz Ferreira Araujo

Data/Hora: 03/11/2017 - 12:14

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE REGENERAÇÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

REGENERAÇÃO

Endereço

RUA CEARÁ, Nº:

Complemento

BELA VISTA

Data/Hora

05/07/2017 - 11:15

Boletim de ocorrência



Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

PROXIMO AO TERRENO DO PARAIBA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

RG: 162.765

Mãe: IZABEL FELIX DE SOUSA

Pai: JOSÉ PEREIRA DE SOUSA

Endereço: RUA LADEMIRA DE SOUSA PINTO, Nº 275

Complemento: SÃO VICENTE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: REGENERAÇÃO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito;

2 - Dirigir veículo automotor sem permissão ou habilitação (Art. 309 do CTB).

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA, Outros

Condutor: A VÍTIMA

End: LADEMIRA DE S.PINTO Número: 275 Complemento: SÃO VICENTE

Cidade: REGENERAÇÃO UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: JOSÉ PEREIRA DA SILVA

End: RUA DEOLINDO PESSOA Número:

Cidade: REGENERAÇÃO UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

Ano: Placa: Chassi:

2007 LWB7956 9C2KD03207R009407

Renavam:

907604323

Cor:

Preta

RELATO DA OCORRÊNCIA

Notícia que dia 05/07/2017, por volta das 11:15 hs, trafegava pela rua Ceará e ao fazer uma curva, perdeu o controle da moto caiu ao solo sofrendo fratura no cotovelo esquerdo; Que foi socorrido levado ao Hospital municipal de Regeneração-PI e em seguida em caminhada para o Hospital Tiberio Nunes em Floriano-PI. Conforme ficha de Tratamento Ambulatorial, era o que tinha a relatar.////

Maria Da Paz Ferreira Araujo - Mat. 0096156
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA Noticiante
Responsável pela informação





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

1273 v. 1.0

B.O. autenticado
no protocolo de DMS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 132579.000356/2017-96

Unidade de Registro: DP DE AMARANTE

Resp. pelo Registro: Maria Da Paz Ferreira Araujo

Data/Hora: 03/11/2017 - 12:14

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE REGENERAÇÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

REGENERAÇÃO

Endereço

RUA CEARÁ, Nº:

Complemento

BELA VISTA

Boletim de ocorrência



Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

PROXIMO AO TERRENO DO PARAIBA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

RG: 162.765

Mãe: IZABEL FELIX DE SOUSA

Pai: JOSÉ PEREIRA DE SOUSA

Endereço: RUA LADEMIRA DE SOUSA PINTO, Nº 275

Complemento: SÃO VICENTE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: REGENERAÇÃO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito;

2 - Dirigir veículo automotor sem permissão ou habilitação (Art. 309 do CTB).

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. Outros

Condutor: A VÍTIMA

End: LADEMIRA DE S. PINTO Número: 275 Complemento: SÃO VICENTE

Cidade: REGENERAÇÃO UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: JOSÉ PEREIRA DA SILVA

End: RUA DEOLINDO PESSOA Número:

Cidade: REGENERAÇÃO UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

Ano: Placa: Chassi:

2007 LWB7956 9C2KD03207R009407

Renavam:

907604323

Cor:

Preta

RELATO DA OCORRÊNCIA

Notícia que dia 05/07/2017, por volta das 11:15 hs, trafegava pela rua Ceará e ao fazer uma curva, perdeu o controle da moto caiu ao solo sofrendo fratura no cotovelo esquerdo; Que foi socorrido levado ao Hospital municipal de Regeneração-PI e em seguida em caminhado para o Hospital Tibério Nunes em Floriano-PI. Conforme ficha de Tratamento Ambulatorial, era o que tinha a relatar.////

Maria Da Paz Ferreira Araujo - Mat. 0096156
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA - Notificante
Responsável pela Informação





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 132579.000356/2017-96

Unidade de Registro: DP DE AMARANTE

Resp. pelo Registro: Maria Da Paz Ferreira Araujo

Data/Hora: 03/11/2017 - 12:14

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável:

Data/Hora

DP DE REGENERAÇÃO

05/07/2017 - 11:15

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

REGENERAÇÃO

Endereço

RUA CEARÁ, Nº:

Complemento

BELA VISTA



Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

PROXIMO AO TERRENO DO PARAIBA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 162.765

Mãe: IZABEL FELIX DE SOUSA

Pai: JOSÉ PEREIRA DE SOUSA

Endereço: RUA LADEMIRA DE SOUSA PINTO, Nº 275

Complemento: SÃO VICENTE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: REGENERAÇÃO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito;

2 - Dirigir veículo automotor sem permissão ou habilitação (Art. 309 do CTB).

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. Outros:

2007 LWB7956 9C2KD03207R009407

907604323

Preta

Condutor: A VÍTIMA

End: LADEMIRA DE SOUSA PINTO Número: 275 Complemento: SÃO VICENTE

Cidade: REGENERAÇÃO UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: JOSÉ PEREIRA DA SILVA

End: RUA DEOLINDO PESSOA Número:

Cidade: REGENERAÇÃO UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

Notícia que dia 05/07/2017, por volta das 11:15 hs, trafegava pela rua Ceará e ao fazer uma curva, perdeu o controle da moto caiu ao solo sofrendo fratura no cotovelo esquerdo; Que foi socorrido levado ao Hospital municipal de Regeneração-PI e em seguida em caminhado para o Hospital Hélio Nunes em Floriano-PI. Conforme ficha de Tratamento Ambulatorial, era o que tinha a relatar.////

Anderson Da Silva Machado - Mat. 299116X
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Bel. Otomário
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 272256-5



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

1209 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 132579.000356/2017-96

Delegado de Polícia


Bel. Ottony Nogueira Neto
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 272256-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA, portador da carteira de identidade nº 162.765 e inscrito no CPF/MF sob o nº 011.635.583-20 residente e domiciliado na RUA LAUREMIRA DE S. PINTO, 275 - SÃO VICENTE Cidade REGENERATION Estado PIAUÍ, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Raimundo Félix de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

REGENERATION-PI

Local e data

19-12-2018 10:26:02 029102 1/1



ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO

MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

Av. Albino Leal Nunes, S/N - Fone 86 3293-1964 - 64490-000 / REGENERAÇÃO-PI



☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Nome: Raimundo Felix Junior

Data de Nascimento: 18.04.1943

CNS: 206312110010008 Hora: 11:30 1ª Vez () Subsequente (X) Cor: OU

Endereço: Quilombo do Salmo Paulo 235, SCS, Brasília

Município: Brasília

História Clínica: Paciente com história de "gula de gato" há 15 anos, agravada com edema e dispnéia. Exame físico: Hipertensão, taquicardia, dispnéia. Sinais vitais: P.A.: 190 x 110 mm Hg Glicemia capilar: 120 mg/dl TAX: 36 °C Sal. 02 % P: 120 bpm F.R.: 18 irpm Outros Exames: ECG: Solitário Rx: em controle.

Hipótese Diagnóstica: Doença de Chagas - E.C.

Exame ou Tratamento Solicitado: EMCAQUANTON PRMO - Hospital de Referência.

Data: 03/08/2009

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO: [Assinatura] 14.220000 10/11/2009 14.220000 10/11/2009

ASSINATURA DO PACIENTE OU IMPRESSÃO DIGITAL: [Assinatura]

OBS: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.

Comprovação de ato declaratório



RECIBO DE PAGAMENTO
HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO
14/08/2009 14:00:00



ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO

MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

Av. Alberto Leal Nunes, SN - Fone 66 3293-1964 - 64490-000 / REGENERAÇÃO-PI



Comprovação de ato declar



TRATAMENTO AMBULATORIAL

☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO

Nome: Carla Maria de Fátima
Data de Nascimento: 04.04.1974 Hom: 33:30 1ª Vez () Subsequente (X) Cor ()
CNS: 206312130910008
Endereço: Quilombo da Serra, 235, São José
Município: Regeneração
História Clínica: paciente com história de "crise de hipertensão" e 16.04.2003 admitido com sintomas de dor no coração e
Exame Físico: tripalpebral, hiperemia conjuntiva, amarelado
Sinais vitais: P.A: 130 x 60 mm Hg Glicemia capilar 120 mg/dl
TAX: 36 °C Snt. 02 70 bpm F.R.: 20 ipm
Outros Exames: ECG satisfatório Rx - off Capilato - E.
Hipótese Diagnóstica: HTA - E. C.
Exame ou Tratamento Solicitado: ECG - 12 leads - 12/04/2003
Data: 05/04/2003
MÉDICO: CRISTIANE DA SILVA
ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO: CRISTIANE DA SILVA
ASSINATURA DO PACIENTE OU IMPRESSÃO DIGITAL: MARIA DE LOURDES LEAL NUNES
OBS: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.

Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima

Raimundo Félix de Souza

CPF da Vítima

011.635.583-20

Data do Acidente

05.07.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

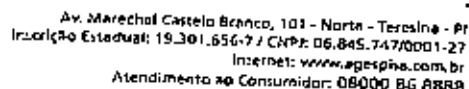
Bloniano Pi. 11 de setembro de 2018

Local e Data

Raimundo Félix de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

[illegible]

Atendimento ao Consumidor: 0800 85 8882

Fatura Mensal

MATRÍCULA		Hidrometro		Fatura Mens																																					
1044754-7		41512.111		Referencia																																					
				JUN/017																																					
Nome/Razão Social/Endereço FARMILINDO FELIX DE SOUSA RUA LAUDENIRA DE S. PINTO, S/N SAO VICENTE REGENERACAO 64490-000																																									
AC = 109																																									
Situação Ativa		Categorias de Uso Com. Ind. Pub.		Inscrição 8-1-17 05-10 14-11-000																																					
Período de Consumo 05/05/017		17/06/2017		Data Consumo 20																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Histórico de Consumo</th> <th>Consumo</th> <th>Out.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>12/17</td><td>25</td><td>0</td></tr> <tr><td>01/17</td><td>25</td><td>0</td></tr> <tr><td>02/17</td><td>31</td><td>0</td></tr> <tr><td>03/17</td><td>36</td><td>0</td></tr> <tr><td>04/17</td><td>42</td><td>0</td></tr> <tr><td>05/17</td><td>47</td><td>0</td></tr> <tr><td>06/17</td><td>54</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>			Histórico de Consumo	Consumo	Out.	12/17	25	0	01/17	25	0	02/17	31	0	03/17	36	0	04/17	42	0	05/17	47	0	06/17	54	0	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3"> Formas de Pagamento PATECADA 17 BINIMIO DA LIGACAO </td> </tr> <tr> <td> Cód. Responsável 019447517 </td> <td colspan="2"> Códigos de Tarifas 01 </td> </tr> <tr> <td>Consumo Próprio</td> <td>Consumo 170 Agres</td> <td>Consumo 170 Egre</td> </tr> <tr> <td>Consumo</td> <td colspan="2">Consumo Faturado 10</td> </tr> </table>			Formas de Pagamento PATECADA 17 BINIMIO DA LIGACAO			Cód. Responsável 019447517	Códigos de Tarifas 01		Consumo Próprio	Consumo 170 Agres	Consumo 170 Egre	Consumo	Consumo Faturado 10	
Histórico de Consumo	Consumo	Out.																																							
12/17	25	0																																							
01/17	25	0																																							
02/17	31	0																																							
03/17	36	0																																							
04/17	42	0																																							
05/17	47	0																																							
06/17	54	0																																							
Formas de Pagamento PATECADA 17 BINIMIO DA LIGACAO																																									
Cód. Responsável 019447517	Códigos de Tarifas 01																																								
Consumo Próprio	Consumo 170 Agres	Consumo 170 Egre																																							
Consumo	Consumo Faturado 10																																								
AGUA Nome do Serviço MANUTENCAO HIDROE LRO			DESCRIÇÃO DA FATURA																																						
			Valor 170 1,60																																						

SEGA/AMUSE LITE DEPT 34 13-NOV-2017 15:47 333034 141

25/06/2017

VENCIMENTO	ENCARGOS	TOTAL
1.415,00	1.415,00	2.830,00

27,33

CONTRATO Nº 11.415/2017 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS ANOS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE AGUA CONSUMO PONT. 2014/2015							
Parâmetros	Turndes	Cor	Oxig	pH	Ferido	Cálcio	Fluoreto
Valor Máximo Permitido	1,0	15	5,0	6,5 a 8,5	0,3	400mg/L	1,5mg/L
Nº Amostra de Amostragem (Angula)							
Nº Amostragem Registrada							
Nº Amostragem que Atende Legislação	1.30	6.00	0.65	7.49	0.00	0.00	0.00
Valor Máximo Permitido	1.30	6.00	5.00	6.5 a 8.5	0.3	400mg/L	1.5mg/L



AGESPISA - 06.845.747/0001-27

Nº Documento: 20180810447547

ESCRITÓRIO REGENERAÇÃO

MATRÍCULA 01044754.7	CLIENTE RAIMUNDO FELIX DE SOUSA	CPF/CNPJ:	VENCIMENTO 28/08/2018
-------------------------	------------------------------------	-----------	--------------------------

INSCRIÇÃO 089.002.349.0419.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA LADEMIRA DE S PINTO, NUM. S/N - SAO VICENTE REGENERAÇÃO PI 64490-000	FATURA 08/2018-3
-----------------------------------	--	---------------------

RESPONSÁVEL	ENDEREÇO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADA	ESGOTO POTENCIAL
-------------	-----------------------	----------------	---------------------

ÚLTIMOS CONSUMOS				LEITURA		CONSUMO		CONSUMO/DIA	
07/2018 -	10	06/2018 -	10	ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)	
05/2018 -	10	04/2018 -	10	105	108	10	32	0,32	
03/2018 -	10	02/2018 -	10	20/07/2018	21/08/2018				
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR							
1	10	R 5323							

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR ECONOMIA	VALOR R\$
ÁGUA RESIDENCIAL GEN UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA MANUTENÇÃO DE HIROMETRO 08/2018 MULTA IMPONTUALIDADE 07/2018 06/2018 JURAS DE MORA 07/2018 06/2018	10 M3 Comprovante de residencia 	26,91 1,60 1,23 1,28

TOTAL R\$ 31,02

DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS	Base de Cálculo: 31,02
IR: 1,49	COFINS: 0,93
CSLL: 0,31	PIS/PASEP: 0,20
CASO O SEU DÉBITO TENHA SIDO PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE ESTE AVISO.	

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO (Decreto nº 5.440 e Portaria 518/MS)		
GERÊNCIA REGIONAL: GEN CENTRO NORTE	Mês/Ano 07/2018	
REDE DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA	TURBIDEZ (uT)	CLORO
PARÂMETROS (valores Médios)	1,48	1,78

VIA CLIENTE	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 11/09/2018



MATRÍCULA 01044754.7	INSCRIÇÃO 089.002.349.0419.000
-------------------------	-----------------------------------

FATURA 08/2018-3	NÃO RECEBER APÓS 30/11/2018
---------------------	--------------------------------

VENCIMENTO	28/08/2018
------------	------------

VALOR	R\$ 31,02
-------	-----------

GRUPO: 13

FIRMA: 1

82680000000-0 31020001311-1 04475470820-2 18000030003-8

VIA AGESPISA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
 Insc. Estadual: 19.301.558-7 / CNPJ: 06.845.347/0001-27
 Internet: www.agespisa.com.br
 Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

MATRICULA 1044754-7	Hidrometro 4154 12 111	Referência 01/01/2017
Nome/Razão Social/Endereço RAIMUNDO FELIX DE SÁ RUA LAURENTE DE S. LINS, S/N SAO VICENTE REGISTRAÇÃO 64490440		
Situação 3/1		
Inscrição 8-1 1-1 0-19 4-19-000		
Período de Consumo 15/03/2017 a 14/06/2017		
Dias Consumo 30		
Histórico de Consumo		
12/10	19	0
11/17	25	6
02/17	31	6
03/17	36	5
04/17	42	6
05/17	47	5
06/17	54	7
TOTAL DO PERÍODO 1044754-7		
Valor da Fatura 27,33		
Valor do Serviço 1,60		

VENCIMENTO 25/06/2017 **TOTAL** 27,33
 PAGO EM 25/06/2017
 O VALOR DE 27,33 É O VALOR TOTAL A PAGAR. O VALOR DE 1,60 É O VALOR DO SERVIÇO. O VALOR DE 25,73 É O VALOR DO IMPOSTO DE RENDAS. O VALOR DE 0,00 É O VALOR DO IMPOSTO DE RENDAS. O VALOR DE 0,00 É O VALOR DO IMPOSTO DE RENDAS.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONSUMIDA POR 2017/2018									
Parâmetro	Unidade	Valor	Limite	Valor	Limite	Valor	Limite	Valor	Limite
Temperatura	°C	15	25	15	25	15	25	15	25
pH		6,5	8,5	6,5	8,5	6,5	8,5	6,5	8,5
Condutividade	µS/cm	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
Turbidez	NTU	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Cloro residual	mg/L	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Metais pesados	mg/L	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Metais pesados	mg/L	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Metais pesados	mg/L	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Metais pesados	mg/L	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

SEMPRE LIGUE O MÔDULO DA FATURA EM 25/06/2017 ÀS 14H30MIN

ESCRITÓRIO REGENERAÇÃO

MATRÍCULA 01044754.7	CLIENTE RAIMUNDO FELIX DE SOUSA	CPF/CNPJ:	VERCIMENTO 28/01/2019
INSCRIÇÃO 089.002.349.0419.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA LAUDENIPA DE S PINTO, NUM. 5/N - SÃO VICENTE REGENERAÇÃO PI 64490-000		FATURA 01/2019-6
RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA		ÁGUA LIGADA	ESGOTO POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS				LEITURA		CONSUMO		CONSUMO/DIA
				ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)
12/2018 -	10	11/2018 -	10	118	121	10	33	0,31
10/2018 -	10	09/2018 -	10	19/12/2018	21/01/2019			
08/2018 -	10	07/2018 -	10					
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR						
1	10	R 5332						

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR ECONOMIA	VALOR R\$
ÁGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADES CONSUMO DE ÁGUA MANUTENÇÃO DE HIDRÔMETRO 01/2019 MULTA INCONTINUIDADE 11/2018 10/2018 JURCS DE MORA 11/2018 10/2018	10 M3 Comprovante de residencia 	28,72 1,60 1,14 1,43

TOTAL	R\$	32,89
--------------	------------	--------------

TAXA FÁCULTADE DE TRIBUTOS	Base de Cálculo: 32,89	
	IRF 1,56	COFINS 0,79
	PIS/PASEP 0,33	2,21

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO (Decreto nº 5.440 e Portaria S18/MS)		
GERÊNCIA REGIONAL: GEN CENTRO NORTE	Mês/Ano 12/2018	
REDE DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA	TURBIDEZ (nt)	CLOPO
PARÂMETROS (valores médios)	0,57	1,12

VIA CLIENTE	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 04/02/2019

AGESPISA	MATRÍCULA 01044754.7	INSCRIÇÃO 089.002.349.0419.000	FATURA 01/2019-6	NÃO RECEBER APOS 30/04/2019
----------	-------------------------	-----------------------------------	---------------------	--------------------------------

VERCIMENTO 28/01/2019	VALOR R\$	32,89
--------------------------	--------------	-------

GRUPO: 13

FIRMA: 1

42620000000-6 32890001311-6 04475470120-7 19000060003-0

VIA AGESPISA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ PEREIRA DA SILVA,RG nº 1.400.673, data de expedição 21/11/07,Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 276.621.078-41, comdomicílio na cidade de REGENERAÇÃO-PI, no Estado dePIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA DEOLINDO PESSOA, nº S/N,

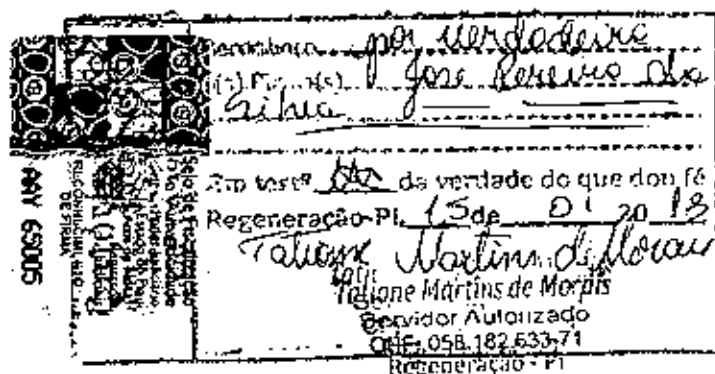
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA cujo o condutor eraRAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA.Veículo: BROS KFModelo: HONDA NXR 150 BROS KFAno: 2006/2007Placa: LWB 7956Chassi: 9C2KD03207R008407Data do Acidente: 28/06/2017Local e Data: REGENERAÇÃO-PI 15/01/2018José Pereira da Silva

Assinatura do Declarante

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





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ PEREIRA DA SILVA

RG nº 1.400.673, data de expedição 21/11/07.

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 276.621.078-41, com

domicílio na cidade de REGENERAÇÃO-PI, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DEOLINDO PESSOA, nº S/N.

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

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

vítima RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA cujo o condutor era

RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA.

Veículo: BROS KF

Modelo: HONDA NXR 150 BROS KF

Ano: 2006/2007

Placa: LWD 7956

Chassi: 9C2XD03207R008407

Data do Acidente: 28/06/2017

Local e Data: REGENERAÇÃO-PI 15/01/2018



José Pereira da Silva

Assinatura do Declarante

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

Assinatura por sergiodaeste
José Pereira da Silva
 Com este Sim da verdade do que dou fe
 Regeneração-PI, 15 de Jan de 2018
Tatiane Martins de Morais
 Tatiane Martins de Morais
 Servidor Autorizado
 CPF: 058.182.633-71
 Regeneração-PI