



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.000440/2019-52

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Eder Marques Camarço

Data/Hora: 22/02/2019 - 09:47

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE OEIRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

OEIRAS

Endereço

POVOADO CONTENTAMENTO, NA ZONA RURAL DE OEIRAS, N°:

Complemento

Data/Hora

22/12/2018 - 16:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE RODRIGUES DA SILVA

RG: 349854981 SP

Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA

Pai: FRANCISCO RODRIGUES DE ALMEIDA

Endereço: RUA PROJETADA 138, Nº 86

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 11-9627-4549

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	CG 150 TITAN KS	2005	DFC9267	9C2KC08105R806975	00836802390	Azul

Condutor: A PRÓPRIA VÍTIMA/NOTICIANTE

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro:

Proprietário: FRANCISCO RODRIGUES DE ALMEIDA FILHO

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE COMUNICA QUE TRAFEGAVA DE CONDUTOR NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA NA P.I-236, MAS PRECISAMENTE NO POVOADO CONTENTAMENTO O MOTOCICLETA VEIO A DERRAPAR E CAIR POR CIMA DE SEU TORNQUELO DIREITO FRATURANDO O MESMO; QUE MINUTOS DEPOIS O MESMO DEU ENTRADA NA UPA DE OEIRAS-PI.

Eder Marques Camarço
Eder Marques Camarço - Mat. 1084801
AGENTE DE POLÍCIA

JOSE RODRIGUES DA SILVA
JOSE RODRIGUES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Antônio Nilson A. do Nascimento
Delegado de Polícia
Mat. 271.223-7

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nome completo ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

276-244.668-64 JOSE RODRIGUES DA SILVA

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

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CLP:

Estado:

Tel. (DDD):

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

RENDIA MENSAL:

☐ RECLUSO 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 RENDA

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0546

CONTA:

21394 3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 tenho 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, não estar impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Faço motivo, assim, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, entendendo, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa anuência ou concordância com a futura avaliação médica ou com o laudo de dano de contêster, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gr. de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ 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, entendendo, assim, 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:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE RODRIGUES DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Ronyere Martins Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

13 MAR 2019

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

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

(denúncias e reclamações
não solucionadas)

Ovidória
0800 725 7474

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG DEIRAS

DATA: 28/02/2019

HORA: 10:51:53

TERMINAL: 13831019

CONTROLE: 138310190029

AGENCIA: 0545 - CAJAMAR

CONTA: 013.00021394-3

CLIENTE: JOSE RODRIGUES DA SILVA

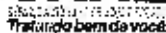
EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

LANÇAMENTOS PROGRAMADOS

DATA

HISTÓRICO

VALOR



567-32-4232

JURANY

DE L&S - 6254114.V2

71 2 05 0385 0112-002

3

AD4N131227

Exp.	Conv.	Ind.	Pub.
1			

$$\sum_{i=1}^m \xi_{i+1}$$

100

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

25/05/2017

19/10/2019

3102

14

1

Table 1. Continued
Table 1. Continued

11

COSTO DE LAS OPERACIONES DE LA EMPRESA		COSTO DE LAS OPERACIONES DE LA EMPRESA	
DESCRIPCION	COSTO	DESCRIPCION	COSTO
ALUM.	46.30		
ALUM. (CONTINUACION DE BO)	1.00		
ALUM. DE BO (CONT)	1.00		
ALUM. DE BO (CONT)	1.00		

REFERENCES

Public de concevoir les choses à l'envers

1. **Introduction**
 2. **Background**
 3. **Methodology**
 4. **Results**
 5. **Conclusion**
 6. **References**
 7. **Appendix**
 8. **Index**
 9. **Table of Contents**
 10. **Figure 1**
 11. **Figure 2**
 12. **Figure 3**
 13. **Figure 4**
 14. **Figure 5**
 15. **Figure 6**
 16. **Figure 7**
 17. **Figure 8**
 18. **Figure 9**
 19. **Figure 10**
 20. **Figure 11**
 21. **Figure 12**
 22. **Figure 13**
 23. **Figure 14**
 24. **Figure 15**
 25. **Figure 16**
 26. **Figure 17**
 27. **Figure 18**
 28. **Figure 19**
 29. **Figure 20**
 30. **Figure 21**
 31. **Figure 22**
 32. **Figure 23**
 33. **Figure 24**
 34. **Figure 25**
 35. **Figure 26**
 36. **Figure 27**
 37. **Figure 28**
 38. **Figure 29**
 39. **Figure 30**
 40. **Figure 31**
 41. **Figure 32**
 42. **Figure 33**
 43. **Figure 34**
 44. **Figure 35**
 45. **Figure 36**
 46. **Figure 37**
 47. **Figure 38**
 48. **Figure 39**
 49. **Figure 40**
 50. **Figure 41**
 51. **Figure 42**
 52. **Figure 43**
 53. **Figure 44**
 54. **Figure 45**
 55. **Figure 46**
 56. **Figure 47**
 57. **Figure 48**
 58. **Figure 49**
 59. **Figure 50**
 60. **Figure 51**
 61. **Figure 52**
 62. **Figure 53**
 63. **Figure 54**
 64. **Figure 55**
 65. **Figure 56**
 66. **Figure 57**
 67. **Figure 58**
 68. **Figure 59**
 69. **Figure 60**
 70. **Figure 61**
 71. **Figure 62**
 72. **Figure 63**
 73. **Figure 64**
 74. **Figure 65**
 75. **Figure 66**
 76. **Figure 67**
 77. **Figure 68**
 78. **Figure 69**
 79. **Figure 70**
 80. **Figure 71**
 81. **Figure 72**
 82. **Figure 73**
 83. **Figure 74**
 84. **Figure 75**
 85. **Figure 76**
 86. **Figure 77**
 87. **Figure 78**
 88. **Figure 79**
 89. **Figure 80**
 90. **Figure 81**
 91. **Figure 82**
 92. **Figure 83**
 93. **Figure 84**
 94. **Figure 85**
 95. **Figure 86**
 96. **Figure 87**
 97. **Figure 88**
 98. **Figure 89**
 99. **Figure 90**
 100. **Figure 91**
 101. **Figure 92**
 102. **Figure 93**
 103. **Figure 94**
 104. **Figure 95**
 105. **Figure 96**
 106. **Figure 97**
 107. **Figure 98**
 108. **Figure 99**
 109. **Figure 100**
 110. **Figure 101**
 111. **Figure 102**
 112. **Figure 103**
 113. **Figure 104**
 114. **Figure 105**
 115. **Figure 106**
 116. **Figure 107**
 117. **Figure 108**
 118. **Figure 109**
 119. **Figure 110**
 120. **Figure 111**
 121. **Figure 112**
 122. **Figure 113**
 123. **Figure 114**
 124. **Figure 115**
 125. **Figure 116**
 126. **Figure 117**
 127. **Figure 118**
 128. **Figure 119**
 129. **Figure 120**
 130. **Figure 121**
 131. **Figure 122**
 132. **Figure 123**
 133. **Figure 124**
 134. **Figure 125**
 135. **Figure 126**
 136. **Figure 127**
 137. **Figure 128**
 138. **Figure 129**
 139. **Figure 130**
 140. **Figure 131**
 141. **Figure 132**
 142. **Figure 133**
 143. **Figure 134**
 144. **Figure 135**
 145. **Figure 136**
 146. **Figure 137**
 147. **Figure 138**
 148. **Figure 139**
 149. **Figure 140**
 150. **Figure 141**
 151. **Figure 142**
 152. **Figure 143**
 153. **Figure 144**
 154. **Figure 145**
 155. **Figure 146**
 156. **Figure 147**
 157. **Figure 148**
 158. **Figure 149**
 159. **Figure 150**
 160. **Figure 151**
 161. **Figure 152**
 162. **Figure 153**
 163. **Figure 154**
 164. **Figure 155**
 165. **Figure 156**
 166. **Figure 157**
 167. **Figure 158**
 168. **Figure 159**
 169. **Figure 160**
 170. **Figure 161**
 171. **Figure 162**
 172. **Figure 163**
 173. **Figure 164**
 174. **Figure 165**
 175. **Figure 166**
 176. **Figure 167**
 177. **Figure 168**
 178. **Figure 169**
 179. **Figure 170**
 180. **Figure 171**
 181. **Figure 172**
 182. **Figure 173**
 183. **Figure 174**
 184. **Figure 175**
 185. **Figure 176**
 186. **Figure 177**
 187. **Figure 178**
 188. **Figure 179**
 189. **Figure 180**
 190. **Figure 181**
 191. **Figure 182**
 192. **Figure 183**
 193. **Figure 184**
 194. **Figure 185**
 195. **Figure 186**
 196. **Figure 187**
 197. **Figure 188**
 198. **Figure 189**
 199. **Figure 190**
 200. **Figure 191**
 201. **Figure 192**
 202. **Figure 193**
 203. **Figure 194**
 204. **Figure 195**
 205. **Figure 196**
 206. **Figure 197**
 207. **Figure 198**
 208. **Figure 199**
 209. **Figure 200**
 210. **Figure 201**
 211. **Figure 202**
 212. **Figure 203**
 213. **Figure 204**
 214. **Figure 205**
 215. **Figure 206**
 216. **Figure 207**
 217. **Figure 208**

Source: U.S. Census Bureau, *Current Population Reports*, 1990.

16-19-9919

RS 51.42

125-23 MEMPHIS / ANCHOR / 6464

21-HIDROMETRO SERRACAO

EXPLAN

AVISO DE DEBITO: CONTAS: 1 VALOR: R\$1.34
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30

NOTES

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços conforme legislação nº 11.448/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.887/95, Art. 69 § 3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICO-QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA POR TUBOS DE POLIÉTERO DE ALTA DENSIDADE

PARÂMETRO DO	ALIMENTOS REAGRADAS	ALIMENTOS EM CONFORMIDADE	ALIMENTOS EM DECONFORMIDADE	MÉDIANAS	VALOR PERMITIDO
CLORO LITRE				1.71	
COR AMARELO				0.66	
PH				7.69	
TURBIDEZ				0.56	

CARACTERÍSTICAS MECÂNICAS E FÍSICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 181/2011 DO M.S. E 02/2012 DO S.A.T.)

PARAMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EN CONFORMIDADE	AMOSTRAS DE DEPENDENCIAS	MEDIANAS	VALOR PERMITIDO
CONTAMINANTES TOXICOS				0,00	
ESTRUTURAS GELAS				0,00	

DATA DA EMISSÃO: 10/10/2018

FORA DA EMBAIXADA: 02:56

[Faint handwritten signature]

13 MAR 1979



Para contato com a
Eletrobras, informe
este número

SEU CÓDIGO

1185343-3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 330 - Centro-Sul - Teresina - PI
CEP: 64.002-240 Fone: (065) 3101-281-5
Fax: (065) 3101-281-5 E-mail: atendimento@cppe.com.br
Regime especial de imposto de renda da Lei 9.250/96

Nº da Nota Fiscal: 012373363

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TSEF é emitida
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	24/10/2018	149	134,17

RANYERE MARTINS SILVA
AV DOM EXPEDITO LOPES 241 OBRAS NOVA
CPF: 00004640028342
CEP: 64.500-000 - OBRAS

ROT: 61.770.11.33.110800

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	11870	Atual	16/10/2018
Anterior	11721	Anterior	14/09/2018
Constante de Multiplicação	1,000	Anterior Leitura	16/11/2018
Consumo Médio	149	Final	15/10/2018
Consumo Fatorador	149	Consumo Médio	16/10/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Subclasse	1.1.1.1

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Subclasse	1.1.1.1

HISTÓRICO LKW		DESCRIÇÃO DA CONTA	
SET/18	140	CONSUMO	149 A R\$ 8,834032 = 124,27
AGO/18	151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	9,90
JUL/18	125	ADICIONAL BANDA VERMELHA	7,44
JUN/18	138		
MAI/18	140		
ABR/18	120		
MAR/18	122		
FEV/18	120		
JAN/18	127		
DEZ/17	97		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mês/Ano	09/2018
Valor R\$	125,95
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/10/2018, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 137,25 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.	
LIGUE 0800 085 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25	

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	25,70	Base de Cálculo	124,27
Energia	48,86	Alíquota ICMS	22,00%
Transmissão	7,60	Valor do ICMS	27,33
Encargos	7,78	Valor do PIS	1,23
Tributos	34,25	Valor do COFINS	5,69

INDICADORES DE CONTINUIDADE	
Índice	6,03 12,06 24,12 3,61 7,23 14,45 3,54
Previsão	2,52 1,00 2,52
Consumo	DEIRAS
Período de Medição	08/2018
Valor	44,04

ROT: 61.770.11.33.110800



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 330 - Centro-Sul - Teresina - PI
CEP: 64.002-240 Fone: (065) 3101-281-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1185343-3	134,17
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
10/2018	24/10/2018
Nº da Nota Fiscal:	012373363 FCAM

83650000001 0 34170017000 2 00000001185 8 34331018008 2



SEQ.: 00175 UC: 1185343-3 DT. LEET.: 16/10/2018 T. ENTR.: 04
LEITURA: 11870 NORMAL TOTAL: 134,17 CARGA: 002
DT. VENC.: 24/10/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2761

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COA².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu RANGERE MARTINS SILVA
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 046 1100 283 / 42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
José Rodrigues da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 276 244 668 / 64
 do sinistro de DPVAT cobertura INVALEZ da Vítima JOSÉ RODRIGUES DA SILVA
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 276 244 668 / 64 conforme determinação da Circular Susep 445/12;
 Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recusa informar

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

Endereço: <u>AV. DOM. EXPEDITO LOPEZ</u>		Número: <u>241</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>JURUPATI</u>	Cidade: <u>OEI RA</u>	Estado: <u>PR</u>	CEP: <u>64500 000</u>
E-mail: _____		Tel. (DDD): <u>89 99408 3583</u>	

Local e Data: OEI RA, PR, 01 DE MARÇO DE 2019

Rangere Martins Líder
 Assinatura do Declarante

13 MAR 2019

TOTONHO FREITAS, 657,00
OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - () -

Atendimento: P060925
Data: 22/12/2018
Funcionario: MARIAJ

Registro: 32549
Hora: 14:37:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 59

SUS

JOSE RODRIGUES DA SILVA

CPF: 276.244.668-64 - RG: 34.985.498-1 - CARTÃO DO SUS
Civil: CEP: 64500-000

Nasc.: 29/06/1978 Idade: 40 ANOS, 6 MESES, 23 DIAS Profissão:

End.: RUA PROJETADA, 86 -

Bairro: JURANI

Cidade: OEIRAS/PI

Cor: PARDAS Telefone: () -

Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA

Pai: FRANCISCO RODRIGUES DE

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 5937 - IGOR BARBOSA DANTAS DE MOURA

SUS:

Responsavel: JOSE RODRIGUES DA SILVA - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 0

Procedimentos

22/12/2018 14:37 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

22/12/2018 14:51 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência

☐ Laranja - Muito Urgente

☒ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLIENTE QUEIXA-SE DE DOR EM MID APÓS TRAUMA EM MOTO. DESCONHECE
ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇA CRONICA. PA= 139/79 MMRG

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

22/12/2018 14:51:33

45805-ENEDINA MAYANE
RODRIGUES VIANA DE FRANCA

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM TORNOZELO DIREITO HÁ CERC ADE 1 HORA, APÓS MOTO CAIR SOBRE O
MESMO. INFORMA QUE O VEÍCULO ESTAVA PARADO. SEM OUTRAS QUEIXAS. APRESENTANDO EDEMA EM TORNOZELO
DIREITO

DIAGNÓSTICO

TRAUMA

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES

RX DE TORNOZELO DIREITO

Valdeir
Valdeir de Sousa Andrade
Téc. em Enfermagem
CRMEN 505362

13 MAR 2019

PRESCRIÇÃO MEDICA

1- DIFENIDRAMINA 02 AMP +AC IV 1
2- DICLOFENACVO 75 MG 01 AMP 1
IM

16.10L
16.18L

CONDUTA MEDICA

ENCAMINHADO PARA EXAMES

Data: 22/12/2018 Hora: 15:10:15

Rx com imagem negativa de fratura em extremidade distal
do fêmur

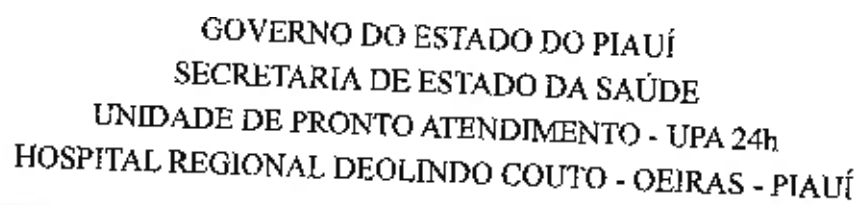
Cond: 1) Imobilização de
2) Encaminhado a ortopedia

Valdeir de Sousa Andrade

Igor Barbosa Dantas de Moura
CRMEN 505362

Responsavel: JOSE RODRIGUES DA SILVA

5937 - IGOR BARBOSA DANTAS DE MOURA



HRDC
HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT CANADA

Nome do Paciente: José Roberto da Silva Dat. Nasc.: 11/11/1954
Clínica: Unidade de Pronto Socorro Ata: 11/11/1954 Enf.: 11/11/1954 Leito: 11/11/1954

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Locação de cinema para 7 dias.
Ex negativo da presença de ex-famílias da
de família de origem

Assinatura: Igor A. J. Monteiro

PARECER:

28/12/16

Requerido por

Don Juan Francisco

S. D.

Requerido por

Requerido por

13 MAR 2019

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Industria de Lotes
Ortopedista
CRM-P-2053

Data: ____ / ____ / ____

Hospital Regional Deolindo Couto - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586
Fone: (89) 3462-1213 - CEP: 64.500-000 - Oeiras-PI
C.N.P.J 06.553.564/0013-71

HRDC

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

Av. Rui Barbosa, 586 - Oeiras-PI - Fone: (89) 3462-1213

CEP: 64.500-000

CNPJ: 06.553.564/0013-71

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Jose Rodrigues da Silva

DATA DE NASCIMENTO

29/06/78

PROFISSÃO

SEXO:

MASC.: ☒

FEM.: ☐

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE:

RG 34.985.498-4

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE:

RAÇA / COR:

BRANCA ☐

PRETA ☐

AMARELA ☐

PARDA ☒

INDÍGENA ☐

SEM INFORMAÇÃO ☐

FILIAÇÃO:

PAI: _____

MÃE: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____

ESTADO: _____

CEP: _____

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA: *28* / *12* / *18*

HORA: _____

MOTIVO DO ATENDIMENTO

paciente para avaliação do ped. eu

13 MAR 2019

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: João Rodrigues dos Santos

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 22/12/18

M A N H Ã		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
		0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
		0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
		0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

T A R D E		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		<i>Realizado mobilização utilizando talco, enxada, algodão, atadura e compressão em tornozelo direito.</i>	<i>[Carimbo]</i> Vendiane de Sousa Andrade Téc. em Enfermagem CONCRE: 505367
		0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
		0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
		0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
		0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

N O I T E		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
		0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
		0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
		0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

13 MAR 2019



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ



FICHA CLÍNICA GERAL

DADOS GERAIS

26.34585478-1

1. NOME DO PACIENTE JOSÉ RODRIGUES DA SILVA						
2. SEXO ☐ Feminino ☒ Masculino	3. ESTADO CIVIL ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Separado(a) Judic. ☐ Divorciado(a) ☐ União Estável ☐ Ignorado	4. DATA DE NASC. 29/06/78	5. RAÇA / COR ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Preta ☐ Indígena	6. CARTÃO SUS (CNS)	7. OCUPAÇÃO DESENEIRO	
8. FILIAÇÃO NOME DA MÃE: MARILYN DO SOCORRO DA SILVA NOME DO PAI: FRANCISCO RODRIGUES DE ALMEIDA						
9. ENDEREÇO RUA PIQUETABA, 86 JARDIM OELINDO - PZ				10. TELEFONE 011 96277-5496		
11. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - A.C.S.				12. NÚMERO DA FAMÍLIA (FICHA "A")		
13. DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA: () ALCOOLISMO () TB - INÍCIO Tto: ____/____/____ () DOENÇAS DE CHAGAS () HANSEN - INÍCIO Tto: ____/____/____ () GESTAÇÃO () H. A. S. - MEDICAÇÃO (ÕES): _____ -TIPO: _____ () DIABETES: _____ MEDICAÇÃO: _____ () EPILEPSIA - MEDICAÇÃO: _____ () OUTROS: _____						
14. ALERGIAS: () SIM () NÃO TIPO: () AUMENTAR () MEDICAMENTOSA () OUTRAS: _____						

DATA	SERVIÇOS PRESTADOS Consultas - Diagnósticos - Atendimento - Exames - Visitas - Observações	RUBRICA / CARIMBO DO PROFISSIONAL
22/07/18		



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
OEIRAS - PIAUÍ



RECEITUÁRIO

Nome:

Data Nascimento:

Artrite
Artrite, para 1 dia
de reposição de cálcio, 1 dia
Dr. José Romualdo da
Costa Almeida
em tratamento com
medicamento
na farmácia

Data:

Dr. José Augusto da Lopes
Ortopedista
CRM-PI 2052

Médico Responsável

Hospital Regional Deolindo Couto - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586
Fone: (89) 3462-1213 - CEP: 64.500-000 - Oeiras-PI
C.N.P.J 06.553.564/0013-71

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 34.985.498-1 DATA DE EMISSÃO 15/MAR/2010

NOME JOSÉ RODRIGUES DA SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCO RODRIGUES DE ALMEIDA
E MARIA DO SOCORRO DA SILVA

OEIRAS - PI DATA DE NASCIMENTO 29/JUN/1978

PROFISSÃO OEIRAS - PI
OEIRAS
CC: LV.B11 /FLS.266V/N.003722
276244668/64

LEI Nº 116 DE 22/08/83

13 MAR 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8220-6

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CARLOS G. M. L. G. M. L.

PROIBIDO PLASTIFICAR

JOSÉ RODRIGUES DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012428478615
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	00836802390		2018
NOME			
FRANCISCO RODRIGUES DE ALMEIDA F ILHO			

CPF / CNPJ: 31376449846 PLACA: DFC-9267

PLACA ANT./US: DFC-9267 CHASSI: 9C2KC08105R806975

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN KS ANO FAB: 2004 ANO MOD: 2005

CAP/POT/CL: 02P/0149CC CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: AZUL

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 1º IPVA

FADIA LPVA: PARCELAMENTO/COTAS: 00000000 2º 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): SEGURO IOF (R\$): PAGO PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES:

SEM RESTRICOES

MOTOR: KC08E15806975

LOCAL: OBRAS DATA: 21/09/2018

ASSO. DIRETOR DO REG. LOCOMO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA AEREO
TRANSPORTE DAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012428478615 BILHETE DE SEGURO DPVAT

31376449846 DFC-9267 2018

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

www.dpvatsegurodotransftr.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1214

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 21/09/2018

VIA: 1 CPF / CNPJ: 31376449846 PLACA: DFC-9267

RENAVAM: 00836802390 MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB: 2004 CAT. USE: 9C2KC08105R806975

PRÊMIO TARIFÁRIO

081,28 (R\$) 009,03 (R\$) 090,31 (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$): 004,15 IOF (R\$): 000,70 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$): 185,50

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 27/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

FEB-2016

RECIBO DE
DE SEGUROS
13 MAR 2019
DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190194729 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190194729 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE RODRIGUES DA SILVA
 RG: 34.085.498-1 Orgão Emissor: SP-125P CPF: 276.244.668-64
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: PEREIRO
 Endereço: RUA - PROJETA
 Bairro: JURANI Cep: 64500-000 Cidade/UF: DEIRAS - PI
 Telefone: 11 962745496

OUTORGADO:

Nome: RANYERE MARTINS SILVA
 RG: 3.5641-096 Orgão Emissor: SP-125P CPF: 096400288-42
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: EFETIVO
 Endereço: AV. DOM. EXPEDITO
 Bairro: JURANI Cep: 64500-000 Cidade/UF: DEIRAS - PI
 Telefone: (81) 994283583 (81) 99437-3724

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

Vítima: JOSE RODRIGUES DA SILVA
 CPF: 276.244.668-64 Data do Acidente: 22/12/2018
 Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ☐ DADS ☐ Morte

DEIRAS, PI, 28 DE FEVEREIRO DE 2019
 Local e data

4º OFÍCIO

JOSE RODRIGUES DA SILVA

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

13 MAR 2019



4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
 Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Oeiras - PI - (89) 3462-1251 / 9402-9315
 e-mail: cartoriomigueloliveira@gmail.com
 RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE RODRIGUES DA SILVA,
 DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. DEIRAS-PI, 28/02/2019.
 Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FPP: 20,10 Selos: 0,26 Total: 4,98 Selos ABO: 120
Elisângela Maria de Sá Siqueira
 ELISÂNGELA MARIA DE SA SIQUEIRA ESCRIVENTE AUTORIZADA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084424/19

Vítima: JOSE RODRIGUES DA SILVA

CPF: 276.244.668-64

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 22/12/2018

Titular do CPF: JOSE RODRIGUES DA SILVA

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

RANYERE MARTINS SILVA : 046.400.283-42

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

JOSE RODRIGUES DA SILVA : 276.244.668-64

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: 13/03/2019
Nome: RANYERE MARTINS SILVA
CPF: 046.400.283-42

RANYERE MARTINS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190194729

Vítima: JOSE RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RANYERE MARTINS SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RODRIGUES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190194729**

Vítima: JOSE RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RANYERE MARTINS SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE RODRIGUES DA SILVA

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nome completo ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

276-244.668-64 JOSE RODRIGUES DA SILVA

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

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CLP:

Estado:

Tel. (DDD):

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

RENDAS CADASTRAIS:

☐ RECLUSO 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 RENDA

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0546

CONTA:

21394 3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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, não estar impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Faço motivo de assessoria, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.101/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa anuência ou concordância com a futura avaliação médica ou com o laudo do IML contestado, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grão de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ 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:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE RODRIGUES DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Ronyere Martins Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

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

(denúncias e reclamações
não solucionadas)

Ovidória
0800 725 7474

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG DEIRAS

DATA: 28/02/2019

HORA: 10:51:53

TERMINAL: 13831019

CONTROLE: 138310190029

AGENCIA: 0545 - CAJAMAR

CONTA: 013.00021394-3

CLIENTE: JOSE RODRIGUES DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

LANÇAMENTOS PROGRAMADOS

DATA

HISTÓRICO

VALOR