

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
473.812.133-20 MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

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

Nome completo: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA CPF: 473.812.133-20
Profissão: NEGRÃO Endereço: AV. STANLEY BAPTISTA Número: 711/431 Complemento: CASA
Bairro: VALE VERDE Cidade: VALENÇA Estado: PI CEP: 64300-000
E-mail: jose.ivan35@hotmail.com Tel.(DDD): (89) 994122206

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

RENDA 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 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

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

AGÊNCIA: 2761 8 CONTA: 23.845 7
(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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Valença 20/12/18

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Maria de Jesus Ferreira da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

José Ivan de Oliveira
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) 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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Banco Postal

*** Extrato de Conta Corrente ***

Agência : 3430643-AC VALENCA DO PIAUI
Terminal: 34306401 Id Trx. 896666
Nro Aut : 102839 Caixa : 85272590
Data : 20/11/2018 Hora : 10:28
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

5757806124

0046

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 2761-8 CONTA: 23.845-7
CLIENTE: MARIA J FERREIRA SILVA

HISTORICO	DOCUM	VALOR
19/10/2018		
Saldo Anterior		4882
NÃO HA LANÇAMENTOS		

Saldo	4882
Juros *	600
Data de Debito de Juros	03/12/2018
IDF *	9700
Data de Debito de IDF	03/12/2018

(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mes anterior ao debito.

SALDO EM CONTA-SALARIO

OBSERVAÇÕES:

- INFORMAÇÕES DO JNDISP TEMPORARIAS

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC
0800 729 0772





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



499 v. 1.0

BOLETIM DE Ocorrência Nº: 122451.000873/2018-29

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Raimundo Nonato De Oliveira Rufino

Data/Hora: 05/10/2018 - 09:55

DADOS DA Ocorrência

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

ESTRADA CARROÇÁVEL DA ININGA PARA SANHARÓ EM VALENÇA DO PIAUÍ-PI, Nº: SN

Complemento

Data/Hora

26/09/2018 - 15:00

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

RG: 367150578 SSP SP

Mãe: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA

Pai: BENEDITO CARDOSO DA SILVA

Endereço: AV STANLEY FORTES BATISTA, Nº 711

Bairro: VALENCINHA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ - CEP: 64300-000

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Francisca Maria Morais de Romão
Escritor Autorizada

NATUREZA(S) DA Ocorrência

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. NXR150 BROS ES

Ano: Placa:

2009 NIL1887

Chassi:

9C2KD04209R500628

Renavam:

00171663950

Cor:

Preta

Condutor: RENATO CARDOSO FERREIRA DA SILVA

RG: 1478134 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA ADALBERTO ILARIO DE MORAES Número: 317 Complemento:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: RENATO CARDOSO FERREIRA DA SILVA

End: RUA ADALBERTO ILARIO DE MORAIS Número: 317

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

RELATO DA Ocorrência

A vítima compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil de Valença do Piauí-PI e relatou que dia 26.09.2018 por volta das 15:00 horas estava sendo conduzida como carona no veículo acima descrito quando o condutor, acima descrito, perdeu o controle da moto e esta derrapou e caiu; Que caiu em cima de uma pedra e sofreu os seguintes danos físicos, conforme laudo médico apresentado nesta DP, assinado pelo médico: Helder Antonio M. de Oliveira: traumatismo hemitorax com fratura de oitavo arco costal à esquerda; dor local intensa, traumatismo em hemi abdome e escoriações. Era o que tinha a queixar-se.

Raimundo Nonato De Oliveira Rufino - Mat. 1083104
AGENTE DE POLÍCIA

MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Teresina - PI
CEP: 64.002-470

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 473.812.133-20 CPF da vítima: 473.812.133-20 Nome completo da vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

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

Nome completo: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA CPF: 473.812.133-20
Profissão: RECUSOU Endereço: AV. STANLEY BAPTISTA Número: 711/431 Complemento: CASA
Bairro: VALE VERDE Cidade: VALENÇA Estado: PI CEP: 64300-000
E-mail: jope.ivan35@hotmail.com Tel. (DDD): (89) 994122206

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

RENDA 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 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 2761 8 CONTA: 23.845 7
(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, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Valença 20/12/18
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) 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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0217370

Registro: 61822

Data: 26/09/2018

Hora: 15:30:00

Funcionário: DANRLEY

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

Senha 51

SUS

MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

CPF: 473.812.133-20 - RG: 367150578 - SUS:

Nasc.: 26/08/1971 Idade: 47 ANOS, 1 MÊS

Profissão:

Civil:

CEP: 64530-000

End.: ELPIDIO SOARES, 290 -

Bairro: CENTRO

Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ/PI

Cor: PARDA Telefone: (89) 9973-1016

Mãe: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA

Pai: BENEDITO CARDOSO DA SILVA

Clinica: CLÍNICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

Urdade de Transito (SEC)

↓ Rimotoneu (E), algia

↓ Abd E, algia

(H+) 2x 100mg + U.G. Abd

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

GENE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina, PI

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 15:30:48

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Q_xa/História: TRAUMA (SIC)

Alergias: DIPIRONA

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: ENC. MEDICO GERAL

Medicação Usual:

Rosanna Rafena
Enfermeira
COREN-PI 295.176

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino: _____

MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA
Paciente ou Responsável

2640 - HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA
Médico Responsável

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02761-8

CONTA: 000000023845-7

Nr. da Autenticação A2874D2A34C7F9A0



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEN CÔDIGO
0576839-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 758 - Centro/Sil - Teresina - PI
CEP: 64.040-001-00 | Ins. Estadual: 19.301.385-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFIN/00/98

Nº da Nota Fiscal 012948446

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

PERÍODO	DATA DE VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	05/11/2018	101	70,56

RENATO CARDOSO FERREIRA DA SILVA
R. ADALBERTO ILARIO DE MORAIS 317 317 B-URBANO
CPF: 00057917167372
CEP: 64.300-000 - VALENÇA DO PIAUÍ

DADOS DA TARIFA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	18686	Atual:	26/10/2018
Anterior:	18585	Anterior:	25/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	27/11/2018
Consumo Medido:	101	Emissão:	25/10/2018
Consumo Futuro:	101	Apresentação:	26/10/2018
NORMAL		31	

DADOS DE UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Classe	Número Medidor	Posto	Código P.U.	Medida 12 meses
RESID. EX. RI NETA	MONO	A712080		1.4.1.1	90

HISTÓRICO DE CONSUMO		CONSUMO	
SET/18	105	30 A R\$ 0,286649 =	8,59
AGO/18	92	70 A R\$ 0,491412 =	34,39
JUL/18	91	1 A R\$ 0,737111 =	0,73
JUN/18	92	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTP)	13,00
MAI/18	85	DIFERENÇA DE TARIFA	40,52
ABR/18	86	SUBVENCAO BAIXA RENDA	29,36
MAR/18	77	CORRECAO MONETARIA IG 07/18-00	0,66
FEV/18	81	MULTA POR ATRASO 07/18-00	0,98
JAN/18	89	JUROS DE MORA DE IMPO 07/18-00	1,05
DEZ/17	94	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	2,61

REVISAO CADASTRAL 2018 - ATUALIZE SEUS DADOS NO CADASTRO UNICO ATE 16/11/2018 PARA NAO PERDER A T. RTFA SOCIAL. INFORMACOES PELO TEL. 0800 707 2005. LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/DEBITOS - R\$	
Distribuição	17,42	Base de Cálculo	84,23
Energia	33,12	Alíquota ICMS	22,00%
Transmissão	5,21	Valor do ICMS	18,53
Encargos	5,27	Valor da PIS	0,83
Tributos	23,21	Valor do COFINS	3,85

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
20 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coêlo de Resende, 485 L300 C
Centro-Hidra CEP: 64.002-470
Teresina-PI



Avenida Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

MATRICULA 1735348-3		Hidrometro A18H078052	Referência DEZ/2018
Nome/Razão Social/Endereço JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 64300000			
AC= 67			
Situação 3/1	Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.	Inscrição 113 2 07 0573 0171-000
Período de Consumo 08/11/2018		Período de Cobrança 07/12/2018	
Consumo 29		Forma de Faturamento FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO	
Consumo Médio 0		Consumo Fio Água 0	Consumo Fio Esgoto 0
Consumo 2		Consumo Potencial 10	
Valor (R\$) 28,72 0,58 0,60 1,60			

13/12/2018 **31,50**
AVISO DE DEBITO! CONTAS: 1 VALOR: R\$29,68
CONFORME Lei Federal 11.445/2007 O SERVIÇO SERA SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE AGUA CONFORME PORT. 2934, 2012, MS							
Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Cálcio	Exatidão Col.
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0-8,5	0,5	Assente	Assente
MP Mínimo de Amostras Coletadas							
MP Amostras Realizadas							
MP Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	1.50	3.10	7.21		0.00		0.00
Comentário	PRESERVE A QUALIDADE DA AGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.						

A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA
ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

AGESPISA Águas e Esgotos do Piauí S/A Atendimento ao Consumidor 0800 86 8888		Inscrição 113 2 07 0573 0171-000	AC= 67
Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.	Matricula 1735348-3	Referência DEZ/2018

VENCIMENTO
13/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
31,50
8260000000-8 31500001821-0 73534831220-9 18000000001-8



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
20 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Endereço: 1001 - Centro/Sul - Teresina - PI

CEP: 64.002-400 | Tel: (0800) 11.351.383-5

Atendimento: 24h | E-mail: atendimento@cppe.com.br

Atividade: 10.438 de 26 de abril de 2002

Nº da Nota Fiscal 014236711

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

NOVEMBRO/2018

04/12/2018

81

71,96

BENEDITO CARDOSO DA SILVA

AV. CEL. STANLEY BATISTA 711 431 VALE VERDE

CPF: 00018423230325

CEP: 64.300-000 - VALENÇA DO PIAUÍ

Descrição	Valor	Descrição	Valor
Consumo	122	Atual	27/11/2018
Consumo	41	Anterior	26/10/2018
Consumo	1,000	Anterior	26/12/2018
Consumo	81	Primeira Leitura	26/11/2018
Consumo	81	Emissor	26/11/2018
Consumo	81	Apresentação	27/11/2018
Consumo	81		32

Classe/Utilização	Tempo	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A271153		1.1.1.1	68

Mês/Ano	Valor R\$	Descrição da Conta	Valor
OUT/18	80	CONSUMO	61 A R\$ 0,799579
SET/18	80	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	64,76
AGO/18	79	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	7,20
JUL/18	65	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	0,67
JUN/18	108		0,62
MAI/18	97		
ABR/18	73		
MAR/18	39		
FEV/18	41		
JAN/18	46		

ATENÇÃO: MENSAGEM IMPORTANTE / PRAZO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 10/2018 77,84

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 12-12-2018. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

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

Descrição	Valor	Descrição	Valor
Imposto de Renda	15,20	Base de Cálculo	64,76
Imposto de Renda	25,08	Alíquota ICMS	22,00%
Imposto de Renda	3,94	Valor do ICMS	14,24
Imposto de Renda	3,99	Valor do PIS	0,77
Imposto de Renda	18,55	Valor do COFINS	3,54

Indicador	Valor	Indicador	Valor
7,27	14,53	29,06	3,68
0,00	0,00	7,35	14,70
		4,14	
		0,00	
		23,33	

NOVO ORIENTE

09/2018

23,33

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

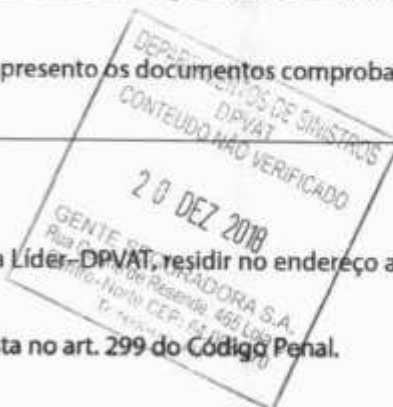
Pelo exposto, eu JOSÉ IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF 411.758.243 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 473.812.133 / 20, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 473.812.133 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço <u>RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS</u>		Número <u>187</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>VALE VERDE</u>	Cidade <u>VALÊNCIA</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64300-000</u>
Email <u>jose.ivan35@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(89) 994122206</u>	Telefone celular (DDD) <u>999260020</u>

Valência-PI, 19 de Dezembro de 2018
Local e Data

José Ivan de Oliveira
Assinatura do Declarante

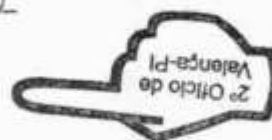
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RENATO CARDOSO FERREIRA DA SILVA,
RG nº 1478134, data de expedição 07/03/2017
Órgão SSPI, portador do CPF nº 579.171.673-72, com
domicílio na cidade de VALENÇA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV. AMBENTO ILIANO DE MORAIS, nº 317,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARCIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA cujo o condutor era
RENATO CARDOSO FERREIRA DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES
Modelo: 2009
Ano: 2009
Placa: NIL-1887
Chassi: 9C2KDD04209A500628
Data do Acidente: 26/09/2018
Local e Data: VALENÇA DO PIAUÍ - PI 19/12/2018



x Renato Cardoso Ferreira da Silva
Assinatura do Declarante



x Renato Cardoso Ferreira da Silva

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

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Rua Eurípedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.309-000 - Fone: (89) 3465-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE DA FIRMA DE: RENATO CARDOSO FERREIRA DA SILVA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 19/12/2018. Encl.: 3,71 - TJ: 0,74 - Selo: 0,26 - Total: 4,71
Selo: ABM 43263 JF160P21

Francisca Maria Moraes de Roma
Francisca Maria Moraes de Roma - ESCRIVENTE



Francisca Maria Moraes de Roma
Escrivente Autorizada

RECEITUÁRIO

Nome:

Maria de Jesus Feneira da Silva

Paciente vitima acidente de trânsito (SAC),
dia 26/09/2018; os diagn. Traumatismo
hemitorax (E), com fratura de 8º arco-costal
à esquerda, dor local intensa, Traumatismo
em hemi-abdome (E) com esvaziamento e
algia local, sendo submetida a Tratamento
conservador, alta do tratamento 02/10/18
com redução da capacidade respirató-
ria devido a fratura de aproximadamente
30%, no momento do exame.

Valença do Piauí, 02/10/18

Dr. Helder Antonio M. de Oliveira
Médico
CRM: 2640
CPF: 497.265.133-72

Helder
2640

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

GENTE SEQUESTRADA S.A.
Rua Celso de Resende, 105 - 1º andar
Centro-Norte CEP: 64.000-000
Teresina-PI

Saúde é Vida

[89] 3465.2647

0131

Doente Atendido (Doente - 3º) **FOLHA DE EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO**

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA 26/05/19. Mte. SPO	HORÁRIO MEDICAÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
2. SP091 - 100g EV 30 dias		
3. Gemplic D 400 - 4 no dia		
4. Tramadol - 10 em 100g SP091		
5. EV a 40g/24h. (4g)		
6. VIT PAITAE (3x/dia)		
7. GUSTAMIN 800 - 1 EC (10g/0h)		
8. Desamfetam 200 - 1x/dia EV (10g/0h)		
9. Valium - 10mg IM		
10. Aliviana - 5mg 1x/dia, EV		

Dr. Helder Medeiros M. da Costa
MÉDICO
CRM: 2.886
CPF: 457.260.130-72

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DESVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Niterói CEP: 64002-470
Teresopolis - RJ

Dr. Francisco
Médico CRM 5984
CPF: 042.711.022-95

Nome: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SIL
Data: 26/09/2018
Solicitante: HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIV
Convênio: PARTICULAR
Código: 21821



RX TÓRAX PA E PERFIL (02 INC.)

RELATÓRIO

- Parênquima pulmonar com transparência conservada.
- Hilos e trama vascular pulmonar normal.
- Cúpula e seios costo-frênico livres.
- Área cardíaca com dimensões preservadas.
- Fratura incompleta no 8º arco costal posterior à esquerda.

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

Fratura incompleta no 8º arco costal posterior à esquerda.

Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255



Nome: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SIL
Data: 26/09/2018
Solicitante: HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIV
Convênio: PARTICULAR
Código: 21821



RELATÓRIO DE ULTRA-SONOGRAFIA ABDOMINAL

Exame realizado em modo bidimensional, com equipamento dinâmico, ACCUVIX XG. .

Fígado com contornos regulares e textura homogênea.

Vesícula biliar e vias biliares intra e extra-hepáticas têm aspecto normal.

Pâncreas e baço têm características normais.

Rim direito de localização habitual, parênquima conservado, seio renal e dimensões normais.

Rim esquerdo de localização habitual, parênquima conservado, seio renal e dimensões normais.

Artéria aorta abdominal e veia cava inferior têm calibre e pulsatilidade normais.

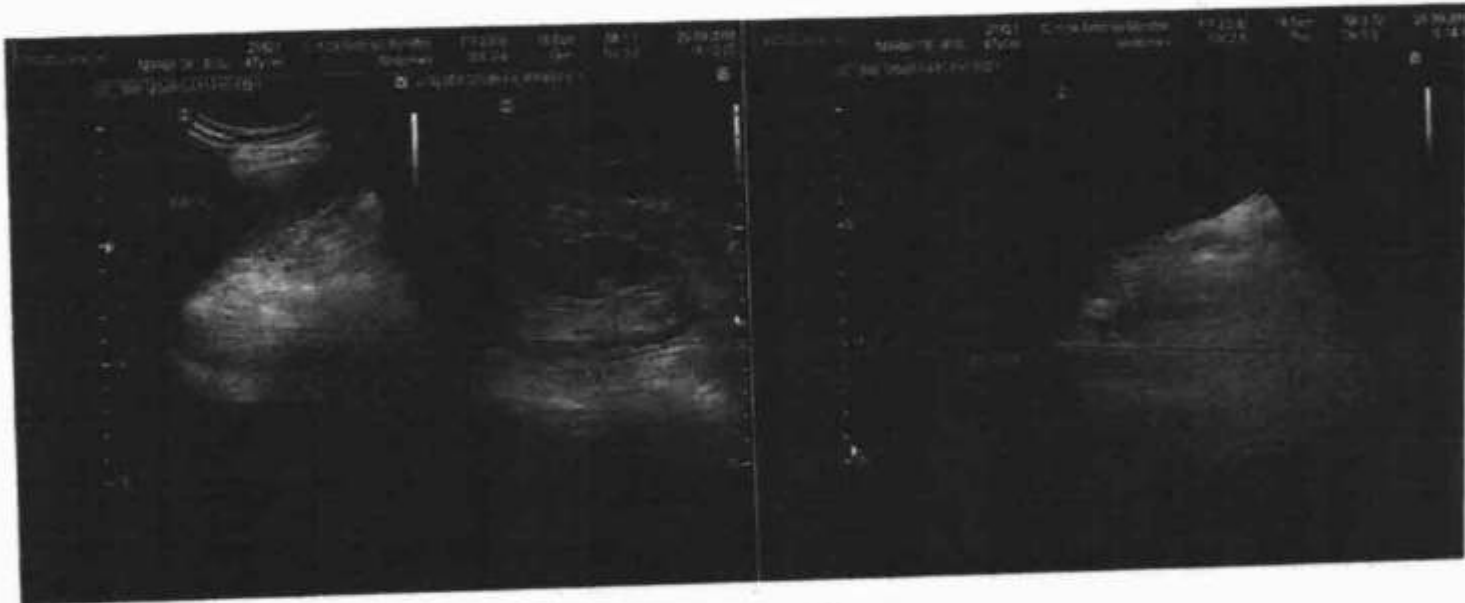
Cavidade abdominal tem aspecto normal.

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

Ultrassonografia normal.

Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255





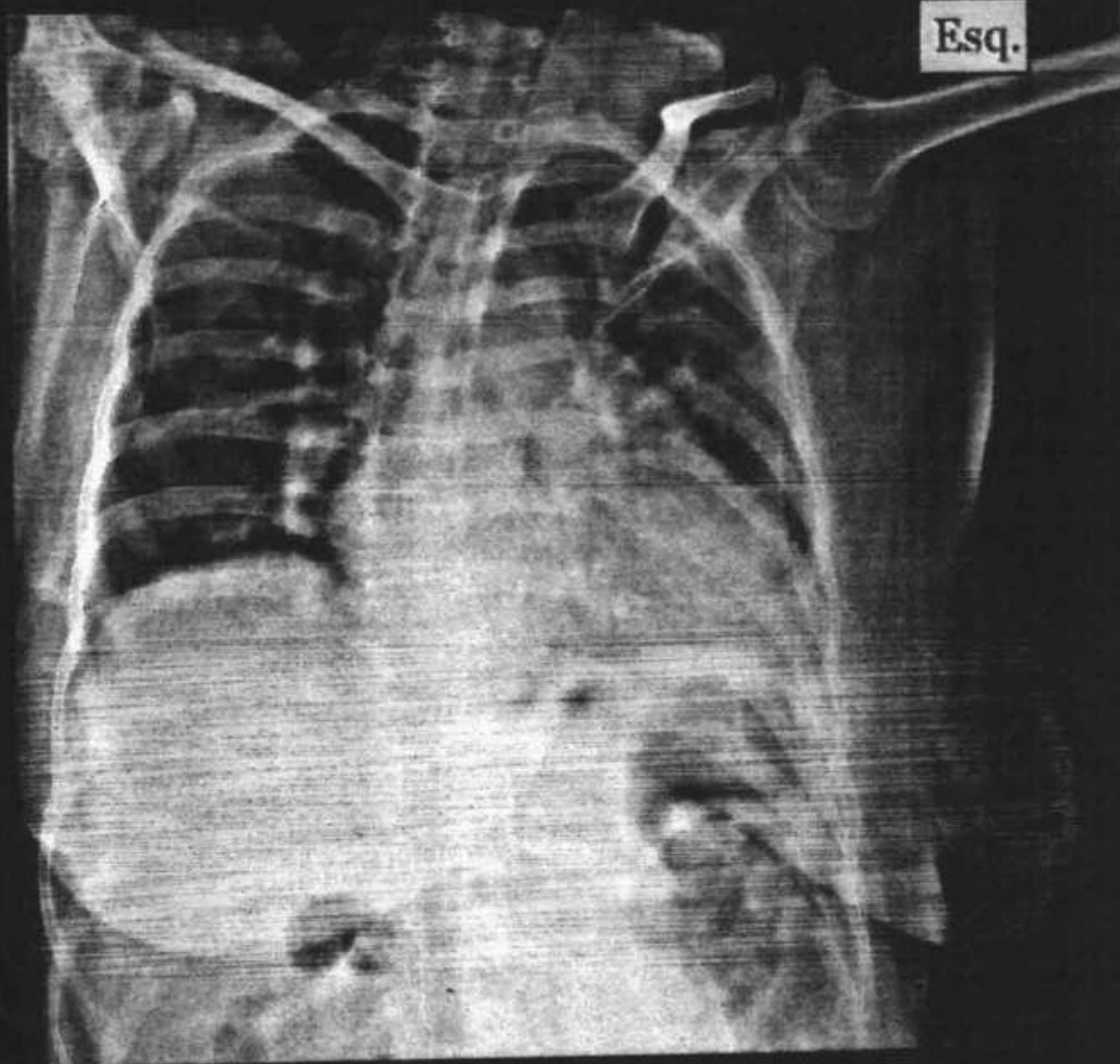
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
20 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA
Sexo: Feminino
idade: 47 Anos

Data de aquis: 26-9-2016
Hora de aquis: 16:42:03

A/COSTAIS

Esq.



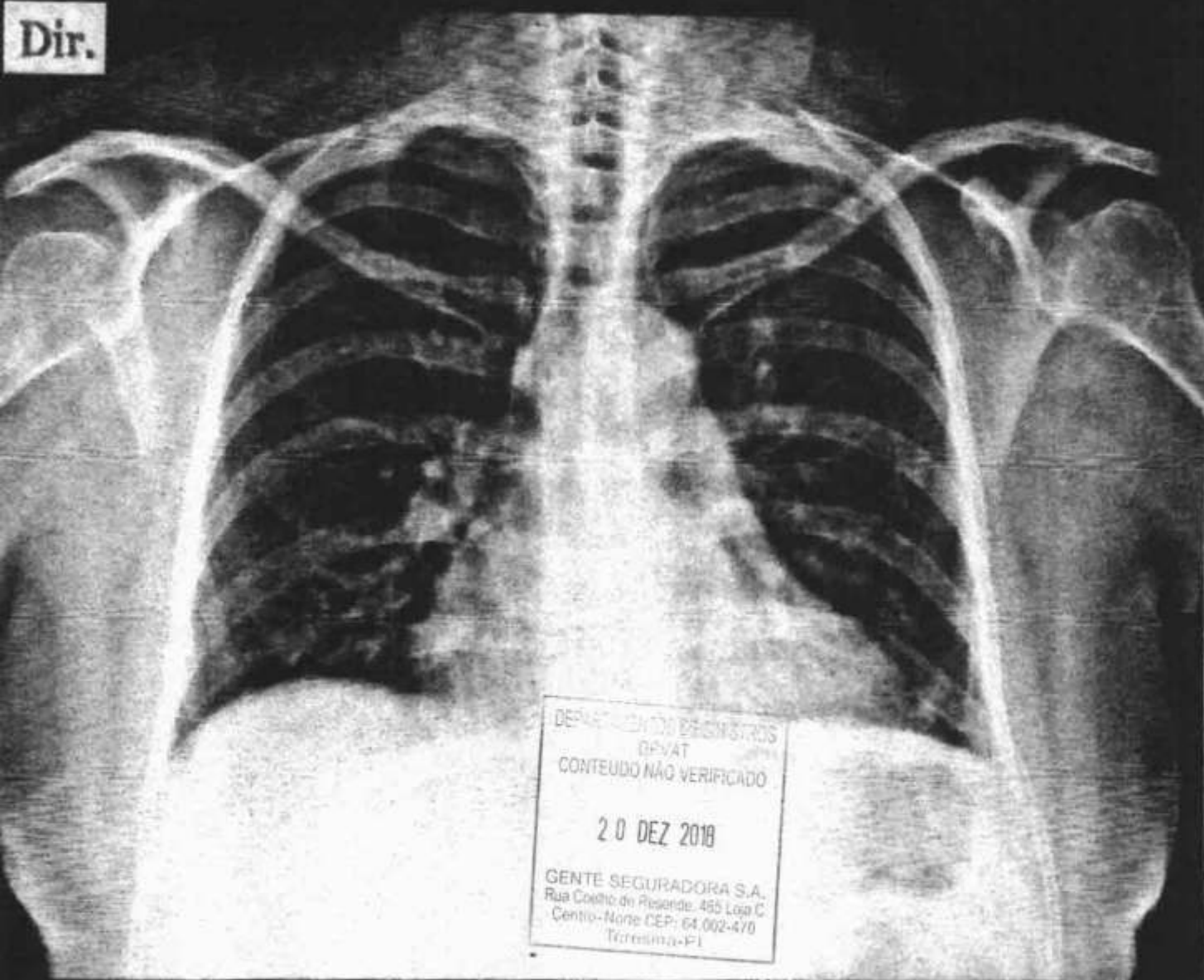
Exame NÃO ESPECIFICADO
Indico de exp 1141
Mod. Solic: HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIV

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENCA - PI

MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA
Sexo Feminino
Idade 47 Anos

Data de aquis: 26/9/2018
Hora de aquis: 16:39:28

Dir.

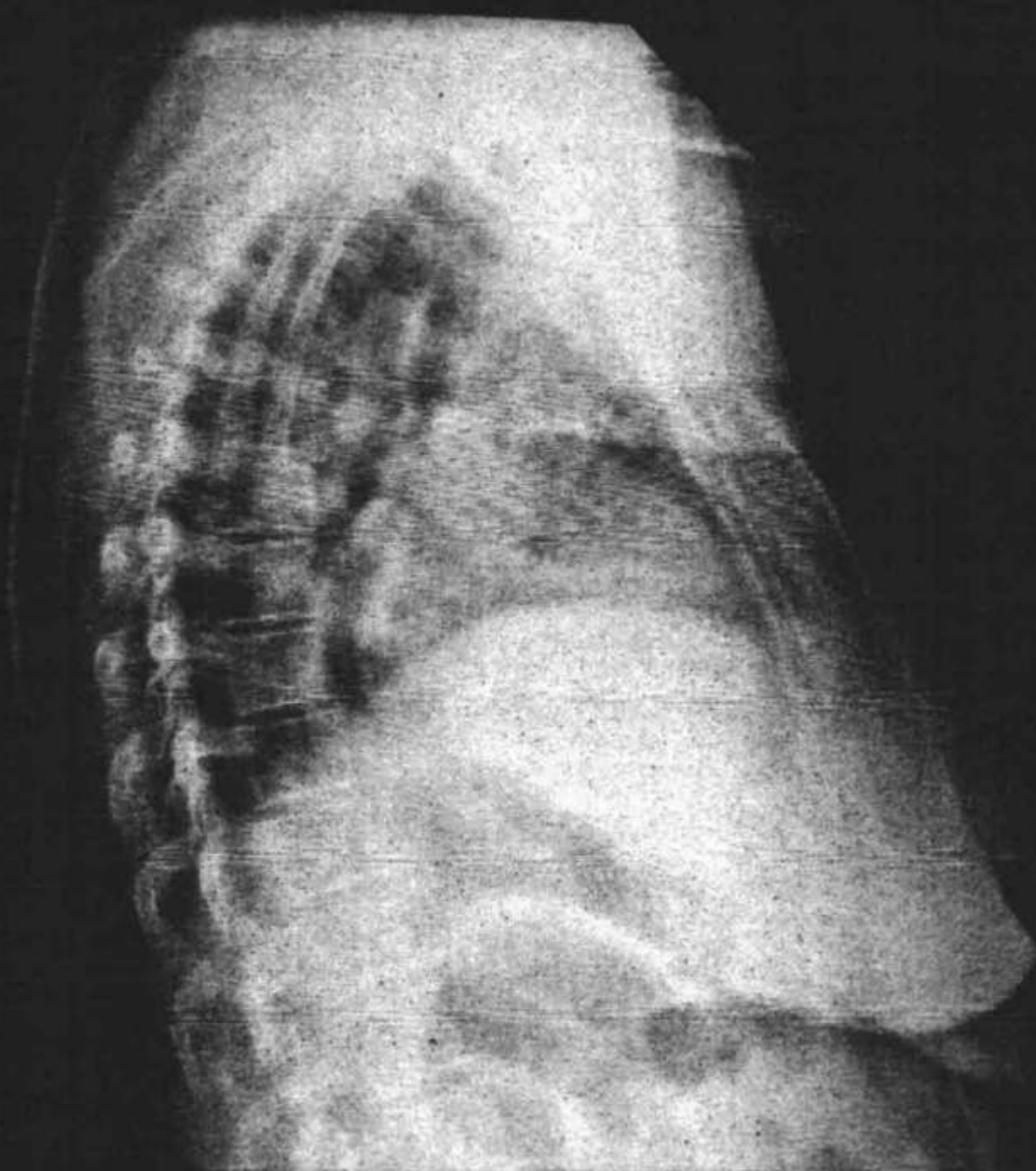


Exame TÓRAX
Índice de exp 1183
Med. Solic. HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA

CLÍNICA ANTONIO BOMFIM VAI ENÇA - PI

MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA
Sexo Feminino
Idade 47 Anos

Data de aquis. 26/9/2018
Hora de aquis. 16:45:12



Exame NÃO_ESPECIFICADO
Série de exp 773
Solic. Helder Antonio Martins de Oliv

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA - PI

CÓDIGO DE CONTROLE
7383.9E1F.D6BE.81EA

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:21:16 do dia 20/04/2012 (hora e dia de Brasília)
dígito verificador: 00

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
473.812.133-20

Nome

MARIA DE JESUS FERRERA DA SILVA

Nascimento
26/08/1971

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

36.715.057-8 DATA DE EMISSÃO 15/OUT/1979

MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA
BENEDITO CARDOSO DA SILVA
E FRANCISCA FERREIRA DA SILVA

VALENÇA DO PIAUI -PI 26/AGO/1971

VALENÇA DO PIAUI PI
CN:LV.A115/FLS.64 /N.040179

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 9106

MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

CARTÃO DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
7383.9E1F.D6BE.81EA

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:21:16 do dia 20/04/2012 (hora e dia de Brasília)
dígito verificador: 00

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
473.812.133-20

Nome

MARIA DE JESUS FERRERA DA SILVA

Nascimento
26/08/1971

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

RETRATINA PARA IDENTIFICAÇÃO PÚBLICA
FOTOGRÁFICA EM SANITIZAÇÃO DE 35x45 MM. TAMBÉM PARA



Maria de Jesus Ferrera da Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

36.715.057-8
15/OUT/1971
MARI DE JESUS FERREIRA DA
SILVA
BENEDITO CARDOSO DA SILVA
E FRANCISCA FERREIRA DA SILVA
VALENÇA DO PIAUI -PI 26/AGO/1971
VALENÇA DO PIAUI PI
CN:LV.A115/FLS.64 /N.040179

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

36.100.495-3 DATA DE EMISSÃO 10/DEZ/98

NOME JOSE IVAN DE OLIVEIRA

PAI IVO TRAJANO DE OLIVEIRA

MÃE IDA MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA

VALÊNCIA DO PIAUI - PI 17/SET/1972

VALÊNCIA DO PIAUI

CN: LV. A003/FLS. 057V/N. 001927

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 1342-5

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

CARTÃO DE IDENTIDADE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, nos termos da legislação vigente.

Assinatura JOSE IVAN DE OLIVEIRA

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 23/12/98

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Nº de Inscrição 411758243-72

Data do Nascimento 17/09/72

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA PRIVADA

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 485 Lya C

Centro - Fátima CEP: 64.002-470

Turkey - PI

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180598020**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

AV STANLEY BAPTISTA, 711, CASA - VALE VERDE - Valença do Piauí - PI - CEP 64300-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / SP**] **36715057**

Data e local do acidente: [**26/09/2018**] **VALENÇA - PIAUÍ**

Data e local do exame: [**14/01/2019**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura de 8º arco costal esquerdo

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Paciente apresenta dispnéia (prejuízo à inspiração). Deformidade em região de fratura.

III. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

Submetida a tratamento conservador. Refere alta médica.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Paciente apresenta redução da capacidade respiratória devido à fratura após tratamento. Deformidade local.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Torax

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180598020 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 26/09/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM HEMITÓRAX ESQUERDO COM FRATURA DO 8º ARCO COSTAL
TRAUMA EM HEMIABDOMEN ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180598020 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 26/09/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM HEMITÓRAX ESQUERDO COM FRATURA DO 8º ARCO COSTAL
TRAUMA EM HEMIABDOME ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180598020 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 26/09/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de 8º arco costal esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Paciente apresenta dispnéia (prejuízo à inspiração). Deformidade em região de fratura. Apresenta redução da capacidade respiratória devido à fratura após tratamento.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento conservador. Refere alta médica.

Sequelas permanentes: Estrutura torácica em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/01/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual da estrutura torácica devido a deformidade e redução da capacidade respiratória. - Quadro estabelecido conforme parecer da médica examinadora. Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

Médico examinador: Luanna Moura Moreira

CRM do médico: 4718

UF do CRM do médico: PI

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Maria de Jesus Ferreira da Silva

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Profissão: Recusou

RG: 36.715.057-8

Org. emissor SSP/SP

D. Expedição 15/10/1999

CPF: 473.812.133-20

Endereço: Av. Cel. Stanley Baptista

Nº 711/431

Bairro: Vale Verde

Cidade: Valença

Estado: PI

CEP: 64300-000

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: José Ivan de Oliveira

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Profissão: Metalúrgico

RG: 36.100.495-3

Org. emissor SSP-SP

D. Expedição 10/12/1998

CPF: 411.758.243-72

Endereço: Rua Antonino de Sousa Martins

Nº 187

Bairro: Vale Verde

Cidade: Valença

Estado: PI

CEP: 64300-000

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima. Maria de Jesus Ferreira da Silva

Local / data: Valença do Piauí - PE 19/12/2018

Maria de Jesus Ferreira da Silva

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI

Rua Euripedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A ASSINA DE: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. VALENÇA DO PIAUI-PI, 19/12/2018. Emol.: 3,71 J.: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: ABM.43264 (F160P8)

Francisca Maria Morais de Roma
Francisca Maria Morais de Roma-ESCREVENTE

Francisca Maria Morais de Roma
Escrivente Autorizada



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458851/18

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

CPF: 473.812.133-20

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 26/09/2018

Titular do CPF: MARIA DE JESUS
FERREIRA 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
Outros

JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

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

MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA : 473.812.133-20

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: 20/12/2018
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2018
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458851/18

Número do Sinistro: 3180598020

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

CPF: 473.812.133-20

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 26/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DE JESUS
FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA : 473.812.133-20

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: 04/01/2019
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/01/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

Rio de Janeiro, 24 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180598020

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 26/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE JESUS FERREIRA 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, 24 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180598020

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 26/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180598020

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 26/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180598020

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 26/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180598020

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 26/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000002761-8

Conta: 0000023845-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

