

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 FENNEIRA 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 FENNEIRA DA SILVA	CPF:	473.812.133-20
Profissão:	RECUSOU	Endereço:	AV. STANLEY BAPTISTA
Bairro:	VALE VERDE	Cidade:	VALença
E-mail:	jose.ivan35@hotmail.com		
	Estado:	PI	CEP:
			64300-000
	Tel.(DDD):	(89)994122206	
	Número:	711/431	Complemento:
		CASA	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 RECUSOU 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 OPCIÃO 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: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8 CONTA: 23.845 7
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 Lider 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 previsão, compromisso, 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(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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 é obrigatório)	Local e Data: Valença 20/12/18	TESTEMUNHAS
	Nome:	1º Nome:
	CPF:	CPF:
		Assinatura
		2º Nome:
		CPF:
		Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
 x Maria de Jesus Fenneira 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 : 34300643-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		██████
— NAO HA LANCAMENTOS —		

Saído	██████
Juros *	██████
Data de Débito de Juros	03/12/2018
IDF *	██████
Data de Débito de IDF	03/12/2018

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

SAÍDA EM CONTA-SALARIO ██████████

OBSERVACOES:

- INFORMAÇÕES SOBRE INDESP. TEMPORÁRIAS

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC
0800 729 0722



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 Fenneira 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 Fenneira da Silva CPF: 473.812.133-20
 Profissão: RECLUSO Endereço: Número: 711 Complemento: CASA
 Bairro: VALE VENDE Cidade: VALENCA Estado: PI CEP: 64300-000
 E-mail: Jose.ivan35@hotmail.com Tel. (DDD): (69) 994122206

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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 OPCIÃO 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: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8 CONTA: 23.845
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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: Valença 20/12/18
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



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

Ficha de Atendimento (Emgência)

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

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

Profissão:

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

Paiz: BENEDITO CARDOSO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demand: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:

Internação

Unidade de Trânsito (SIC)

+ Rins/uretra (E), alguma

+ Abd E, alguma

+ Sali RX Tense e VIG Abd

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica: () (+) ()

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2010

GENTE SEGUROADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Hora: 15:30:48

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

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

Qxa/História: TRAUMA (SIC)

Alergias: DIPIRONA

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduita: ENC. MEDICO GERAL

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA
Enfermeiro Responsável

Rosanna Rafena
Enfermeira
COREN-PI 295.179

Dados da Alta

Hora:

Alta Óbito Evasão Transferencia

Destino:

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



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 759 - Centro - São Luís - PI
CNPJ: 06.845.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 14.301.385-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos que autorizada pela SÉPPIZ/DO/PIA

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0576839-0

012948446

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEI foi criada
pela Lei nº 10.428 de 26 de outubro de 2002.

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 - VALENCA DO PIAUÍ

DETALHES DA FOLHA		DETALHES DA FOLHA	
Atual:	18586	Atual:	26/10/2018
Anterior:	18585	Anterior:	25/09/2018
Consumo de Multípliques:	1.000	Próxima Leitura:	27/11/2018
Consumo Médio:	101	Entrega:	25/10/2018
Consumo Faturado:	101	Aproximação:	26/10/2018
FCAM		31	
NORMAL			

DETALHES DA UNIDADE CONSUMIDORA		DETALHES DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Descrição	Classe	Número Medidor	Prazo
RESID. BIX. RENEA	MONO	A712088	Código Pto. 1.4.1.1
			Média 12 meses 90
DETALHES DA UNI.	CONSUMO	30 A R\$ 0,286649 =	8,59
SET/18 105		70 A R\$ 0,491412 =	34,39
AGO/18 92		1 A R\$ 0,737111 =	0,73
JUL/18 91		CONTR. ILUHINACAO PUB. (COSTIP)	13,00
JUN/18 92		DIFERENCA DE TARIFA	40,52
MAI/18 85		SUBVENCAO BAIXA RENDA	29,36
ABR/18 86		CORRECÇÃO MONETARIA IG 07/18-00	0,66
MAR/18 77		MULTA POR ATRASO 07/18-00	0,98
FEV/18 81		JUROS DE MORA DE IMPO 07/18-00	1,05
JAN/18 89		ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	2,61
DEZ/17 94			
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
9 A 30 - 0,286649			
21 A 100 - 0,491412			
101 A 181 - 0,737111			

MENTORIA IMPUTADA/ATRIBUTO/VALOR DE VENCIMENTO			
Mes/Año	Valor R\$	Unidade consumidora submetida a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/11/2018, se faltar das contas recebidas neste faturamento. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SIESEN. Informações ainda existentes (em capital) vencidas(s) e já vencida(s) no valor de R\$ 50,37 (valor histórico). Caso contrário efetuado o pagamento faça desconsiderar este aviso.	

REVISÃO CADASTRAL 2018 - ATUALIZE SEUS DADOS NO CADASTRO ÚNICO ATÉ 16/11/2018 PARA NÃO PERDER A TARIFA SOCIAL.
INFORMAÇÕES PELO TEL. 0800 707 2003
LIGUE 0800 086 0500 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO PECO 87A4.0553.DF72.8300.sBAS.9864.320F.2AF1

COMPOSIÇÃO DA CONTA		IMPOSTOS/RETIRADAS	
Distribuição:	17,42	Bônus de Câmbio:	84,23
Energia:	33,12	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	5,21	Valor do ICMS:	18,53
Encargos:	5,27	Valor do PIS:	0,83
Itbitur:	23,21	Valor do COFINS:	3,85

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 DEZ 2018
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Lote 8 C
Centro - Horizonte CEP: 64.002-470
Tereza/PI



AGESPISA
Águas e Esgotos do Piauí S/A

Av. 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: 08000 86 8888

Fatura Mensal

MATRÍCULA:

1735348-3

Hidrômetro

A18N078052

Referência

DEZ/2018

Nome/Razão Social/Endereço

JOSE IVAN DE OLIVEIRA
RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187
VALE VERDE
VALENCA 64300000

AG= 67

Alturação Agente/Agente	Res.	Categorias de Uso	Ind.	Pub.	Inscrição
3/1	1	Com.			113 2 07 0573 0171-000
08/11/2018					07/12/2018
					29
Histórico de Consumo					
Mês/Ano	Leratura	Consumo		User	
06/18	354	0		0	
07/18	354	0		0	
08/18	1	0		0	
09/18	1	0		0	
10/18	1	0		0	
11/18	3	2		0	
12/18	5	2		0	
Forma de Faturamento					
FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGAÇÃO					
Cód. Reservatório				Código da Tarifa	
916181790				01	
Consumo Início		Coss. Fiss. Águas		Coss. Fiss. Esgoto	
0					
Consumo		Consumo Final			
2		10			

Cod	Nome do Serviço	Valor (R\$)
	AGUA	28,72
	HULTA INPONTUALIDADE 001/001	0,58
	JUROS DE MORA 001/001	0,60
	MANUTENCAO HIDROMETRO	1,60

13/12/2018
AVISO DE DEBITO! CONTAS: 1 VALOR: R\$29,68
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

31,50

CONTROLE DE QUALIDADE DAS ÁGUAS CONFIRMADAS PELAS: 2013-06, 2013-07, 2013-08						
Período	Turbidez	Cor	Cloro	pH	Ferro	Chlorofila Cb
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 8,5	0,3	Acima
Nº Mínimo de Amostras Exigidas						
Nº Amostras Realizadas						
Nº Amostra que Atende Legislação						
Valor Médio	1.50	3.10	7.21		0.00	0.00
Observação	RESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA, LIGUE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.					
Menções	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 COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGESPIA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL					

Matrícula	113 2 07 0573 0171-000	AG= 67
Referência	1735348-3	DEZ/2018
VENIMENTO	13/12/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)
		31,50

82600000000-8 31500001821-0 73534831220-9 18000000001-8



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DR/AT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coimbra de Resende, 465 Loja C
Centro, N.O. CEP: 64.002-470
Tel: (86) 3211-1011

Electrobras
Distrital do Piauí

Para contato com a
Electrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0225816-1

ESTADUAIS E INTERESTADUAIS DO PIAUÍ
Emissor: 120 - Centro/Sul - Teresina - PI
13.05.8.0.7.77777777-BP | Insc. Estadual: 11.351.383-5
Nº Fiscal / Conta: de Energia Elétrica - Série 8-1
Valor especial da Imprensa autorizado pelo SEPI/2.06/96

Nº da Nota Fiscal 014236711

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

NOVEMBRO/2018	04/12/2018	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
		81	71,96

BENEDITO CARDOSO DA SILVA
AV CEL. STANLEY BATISTA 711 431 VALE VERDE
CPF: 00018423230325
CEP: 64.300-000 - VALENCA DO PIAUÍ

Consumo (kWh)	Métrica	Datas da Fatura
122		27/11/2018
41		26/10/2013
1.000		26/12/2013
81		26/11/2013
81	FCAM	27/11/2013
NORMAL		32

Classe/Configuração	Ligado	Hora(s) Medidor	Ponto	Código Pkt.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A271153		1.1.1.1	68

Consumo (kWh)	Descrição da Conta	Valor (R\$)
OUT/18 80	CONSUMO 81 A R\$ 0,799579	64,76
SET/18 80	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,20
AGO/18 79	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,67
JUL/18 65	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,62
JUN/18 108		
HAI/18 97		
ABR/18 73		
MAR/18 39		
FEV/18 41		
JAN/18 46		
T-RIFH SEM TRIBUTOS:		
0 A 81 - 0,57040		

Mes/Año	Valor R\$	Unidade consumidores sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 12/12/2018. O seu pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SEDEN. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.
10/2018	77,84	

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



ESCRITÓRIO FISCAL	55EA.9312.42DC.7693.CBD0.AFAB.E6AB.335C
VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL	64,76
Plataforma	13,20
Entrega	25,08
Impostos	3,94
Transporte	3,99
Encargos	18,55
Total:	
VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL	64,76
Base de Cálculo:	22,00%
Aliquota ICMS:	14,24
Valor do ICMS:	0,77
Valor do PIS:	3,54
Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,27 14,53 29,06 3,68 7,35 14,70 4,14
0,00 0,00 0,00

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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.

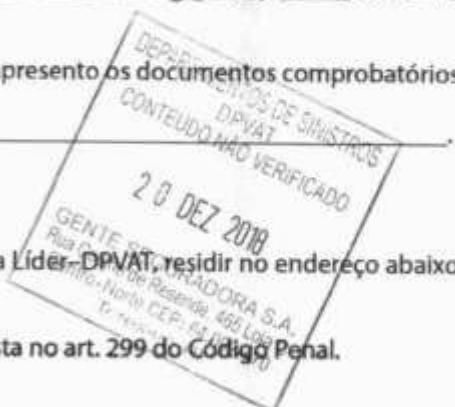
Pelo exposto, eu José Ivan De Oliveira inscrito (a) no CPF 411.758.943-72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria de Jesus Fenecinha da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 473.812.133-20, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Maria de Jesus Fenecinha da Silva, 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	Número	Complemento
<u>Maria Antonino de Sousa Martins</u>	<u>187</u>	<u>CASA</u>
Bairro <u>Vale Verde</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64300-000</u>
Cidade <u>Valença</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(89) 994122206</u>	Telefone celular (DDD) <u>999960020</u>
Email <u>jone.ivan35@hotmail.com</u>		

Valença - PI 19 de Setembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RENATO CARDOSO FERREIRA DA SILVA,
RG nº 1478134, data de expedição 07/03/2017
Órgão SSPPI, portador do CPF nº 579.171.673-72, com
domicílio na cidade de VALÉNCIA, no Estado de
PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA AMBENTO JUANIO DE MORAIS, nº 317,
complemento CIMA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA cujo o condutor era
RENATO CARDOSO FERREIRA DA SILVA

Veículo: MOTOCECLETA HONDA/NXR 150 Bros ES

Modelo: 2009

Ano: 2009

Placa: NIL-1887

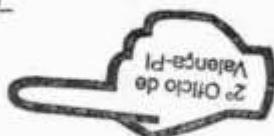
Chassi: 9C2KDL4209L500678

Data do Acidente: 26/09/2018

Local e Data: VALÉNCIA 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: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A Firma de: RENATO CARDOSO FERREIRA DA SILVA, RG: 1478134, RE: 000 TESTIMONIO DA VENDRE, VALÉNCIA DO PIAUÍ-PI, 19/12/2018. End.: 317 - TJ: 0,74 - Selo: 0,28 - Total: 4,71
Selo: ABM 43263 JF160724

Francisca Maria Moraes de Roma
Francisca Maria Moraes de Roma-ESCREVENTE



Francisca Maria Moraes de Roma
Escrevente Autorizada



Clinica
Dr.

Helder
Oliveira

Av. Prof. João Soares, 966 - Centro
Valença do Piauí-PI
CNPJ: 04.015.067/0001-50

RECEITUÁRIO

Nome: Maria de Jesus Fennereira da Silva

Paciente vítima ondente de trânsito (SAC).
da 26/09/2018; os hemi-Traumatismo
hemitorácico (E), com fratura da 8º anco-costal
à esquerda, dor local intensa, Traumatismo
em hemi-abdome (E) com edema local e
algia local, sendo submetida a tratamento
conservador, alto do tratamento 02/10/18
com redução da capacidade respirató-
ria devido à fratura de ooproximadom
30°, no momento do trauma.

CLÍNICA DR. HELDER OLIVEIRA

Valença do Piauí-PI 02/10/18

Helder Oliveira

2640

Dr. Helder Oliveira
Medico
CRM: 25610
CPF: 497.260.132-72

20 DEZ 2018

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
GENTE SEGUROADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 1000/1011
Centro-Norte CEP: 64000-100
Fortaleza-CE

Saúde é Vida

(89) 3465.2647

H|R
E|P

ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO FORTELA
AV. SANTOS DUMONT, S/N - TELEFAX: (88) 3465-1015
VALença do piauí - PI

Q B:

PACIENTE: Maria da Graça Ferreira da Silveira
APTº _____ ENF. _____ LEITO. _____ REGISTRC

Arboreto de Tratamento (Dantona - Dr.)

FOLHA DE EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA <u>26/11/18</u> , <u>Dra. SP.O</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
2. S.Passi - Tócol PV 30g/dia Ima.			
3. Complexo Denteiro - 15 na form.			
4. Temporaria Traçado - 15 em NARL E.P. 97%.			
5. Eu a Hoyas Ima.			
6. Vai PAI TAX (Zadra)			
7. Gastroenterite			
8. Exaumento			
9. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
10. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
11. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
12. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
13. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
14. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
15. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
16. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
17. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
18. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
19. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
20. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
21. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
22. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
23. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
24. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
25. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
26. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
27. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
28. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
29. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
30. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
31. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
32. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
33. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
34. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
35. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
36. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
37. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
38. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
39. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
40. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
41. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
42. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
43. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
44. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
45. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
46. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
47. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
48. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
49. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
50. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
51. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
52. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
53. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
54. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
55. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
56. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
57. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
58. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
59. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
60. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
61. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
62. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
63. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
64. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
65. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
66. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
67. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
68. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
69. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
70. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
71. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
72. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
73. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
74. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
75. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
76. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
77. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
78. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
79. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
80. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
81. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
82. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
83. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
84. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
85. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
86. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
87. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
88. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
89. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
90. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
91. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
92. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
93. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
94. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
95. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
96. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
97. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
98. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
99. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
100. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
101. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
102. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
103. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
104. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
105. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
106. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
107. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
108. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
109. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
110. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
111. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
112. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
113. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
114. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
115. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
116. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
117. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
118. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
119. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
120. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
121. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
122. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
123. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
124. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
125. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
126. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
127. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
128. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
129. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
130. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
131. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
132. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
133. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
134. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
135. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
136. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
137. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
138. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
139. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
140. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
141. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
142. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
143. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
144. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
145. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
146. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
147. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
148. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
149. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
150. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
151. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
152. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
153. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
154. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
155. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
156. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
157. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
158. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
159. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
160. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
161. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
162. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
163. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
164. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
165. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
166. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
167. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
168. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
169. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
170. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
171. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
172. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
173. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
174. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
175. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
176. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
177. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
178. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
179. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
180. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
181. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
182. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
183. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
184. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
185. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
186. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
187. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
188. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
189. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
190. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
191. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
192. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
193. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
194. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
195. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
196. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
197. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
198. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
199. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
200. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
201. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
202. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
203. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
204. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
205. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
206. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
207. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
208. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
209. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
210. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
211. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
212. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
213. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
214. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
215. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
216. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
217. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
218. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
219. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
220. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
221. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
222. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
223. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
224. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
225. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
226. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
227. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
228. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
229. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
230. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
231. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
232. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
233. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
234. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
235. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
236. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
237. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
238. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
239. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
240. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
241. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
242. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
243. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
244. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
245. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
246. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
247. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
248. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
249. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
250. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
251. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
252. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
253. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
254. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
255. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
256. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
257. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
258. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
259. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
260. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
261. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
262. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
263. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
264. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
265. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
266. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
267. <u>Dra. Maria da Graça</u>			
268. <u>Dra. Maria da Graça</u>			

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



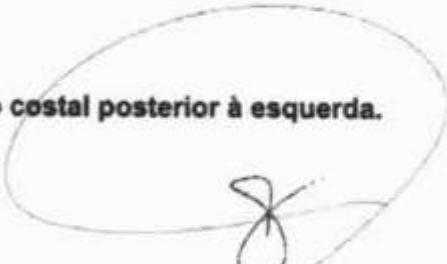
RX TÓRAX PA E PERFIL (02 INC.)

RELATÓRIO

- Parênquima pulmonar com transparência conservada.
- Hilos e trama vascular pulmonar normal.
- Cúpula e seios costofrênicos 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.

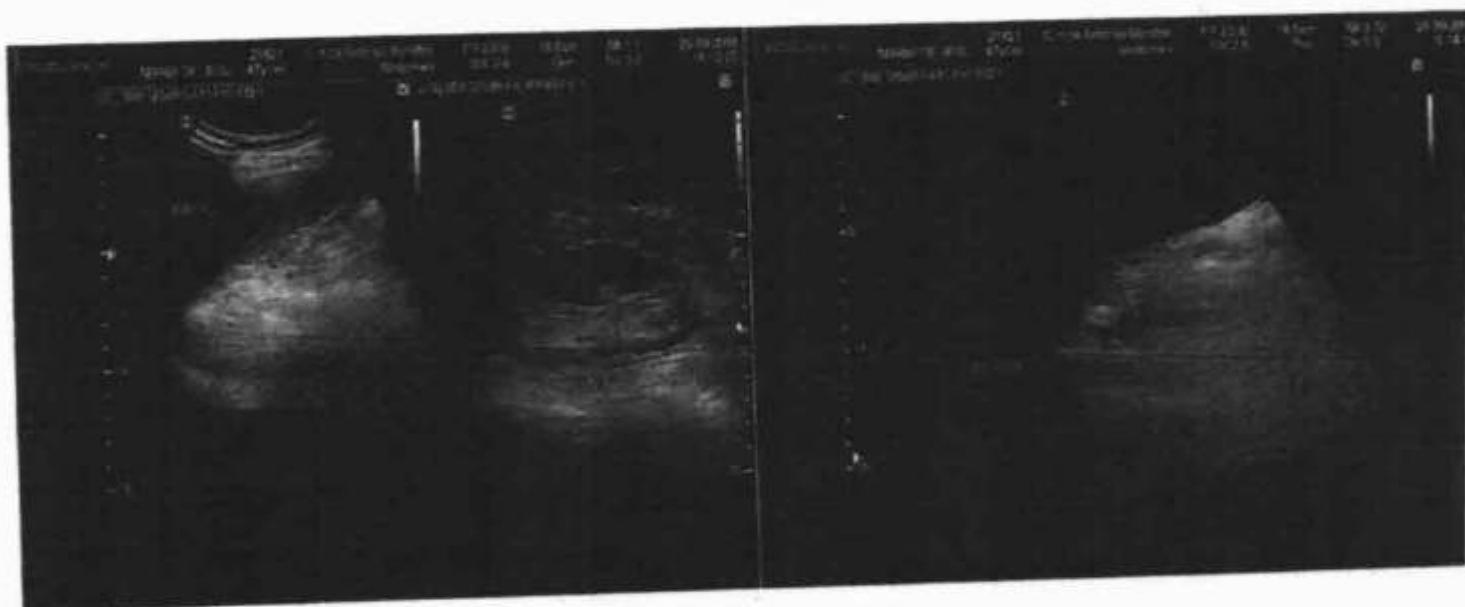
Cavidade abdominal tem aspecto normal.

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

Ultrassonografia normal.

Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3265



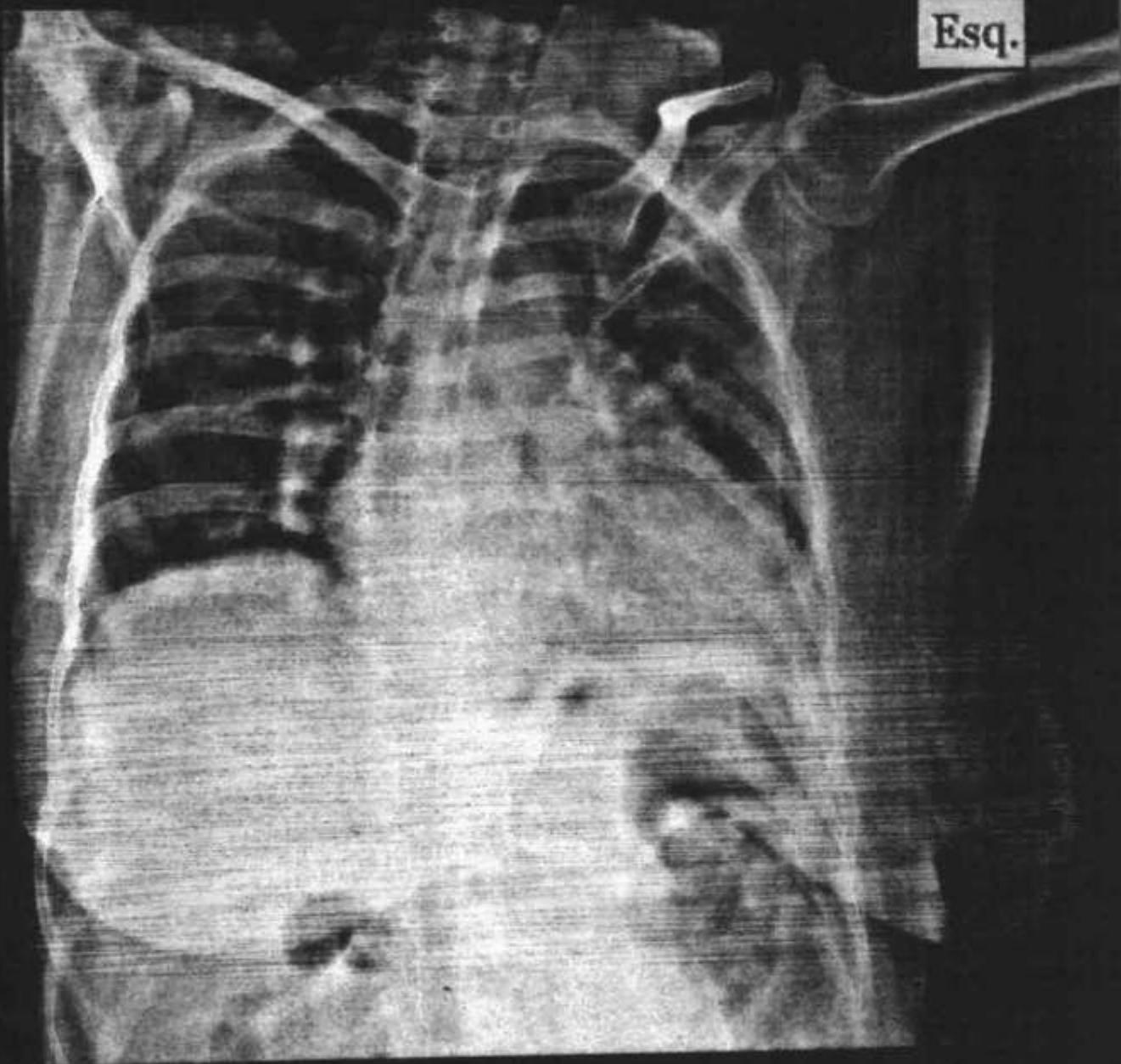


MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA
Sexo: Feminino
Idade: 47 Anos

Data de aquis: 26/9/2018
Hora de aquis: 15:42:03

A/COSTAIS

Esq.



Exame NÃO ESPECIFICADO

Índice de exp 1141

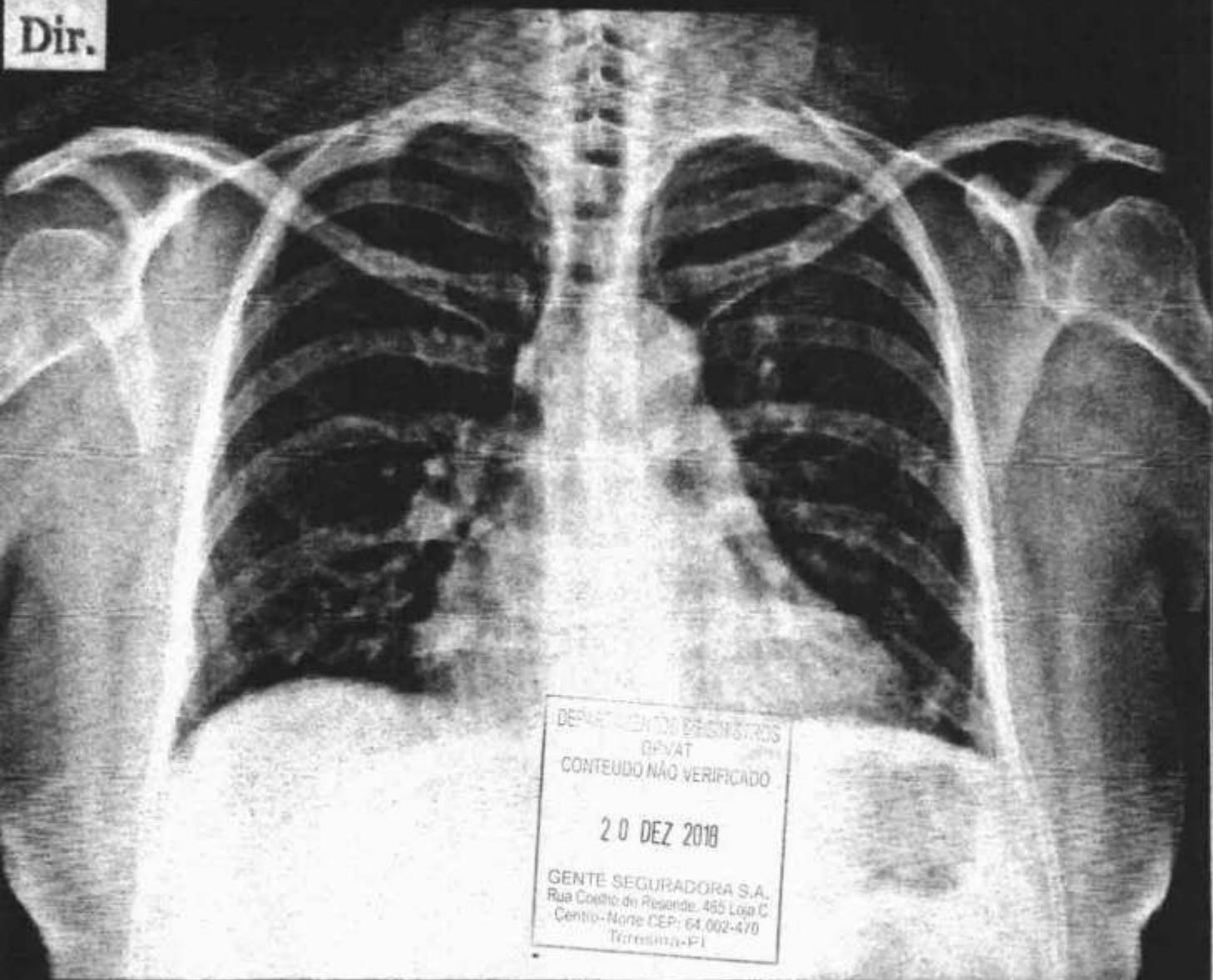
Med. Sallie HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENCIA - PI

MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA
Sexo Feminino
Idade 47 Anos

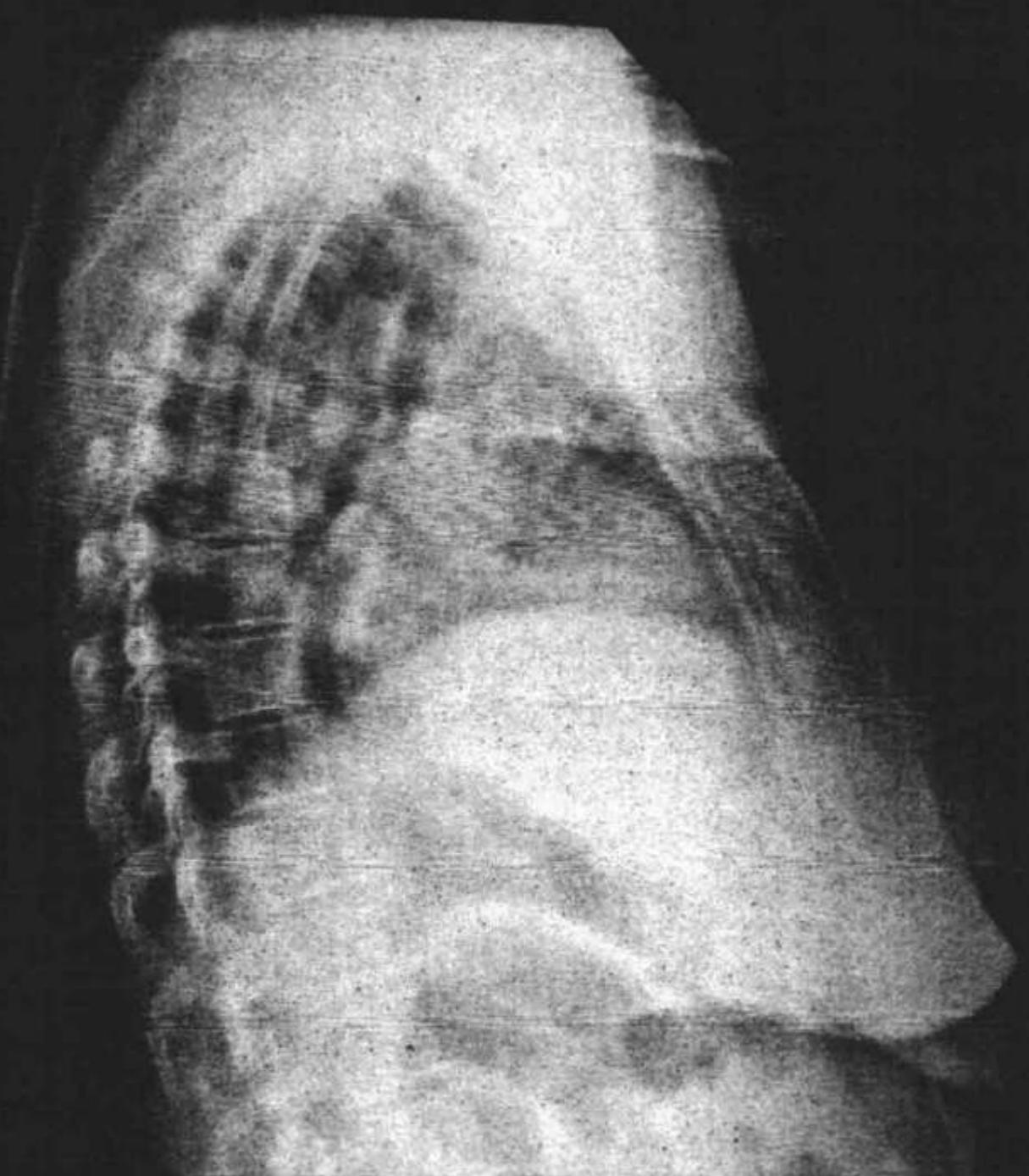
Data de aquis.: 26/9/2018
Hora de aquis.: 16:39:29

Dir.



MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA
Sexo Feminino
Idade 47 Anos

Data de aquis.: 26/9/2018
Hora de aquis.: 16:43:12



xame NÃO ESPECIFICADO
dice de exp 773
ed. Sólc HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIV

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENCA - PI

CÓDIGO DE CONTROLE
7383.9E1F.D6BE.81EA

A autenticidade desse comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

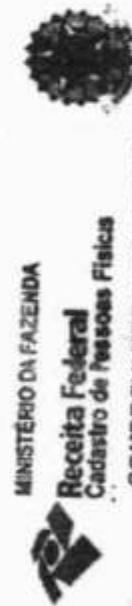
Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 08:21:16 do dia 26/04/2012 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00



VALÉNCIA DO PIAUÍ - PI 26/ABR/1971
NASCIMENTO: 36.715.957-8
ENDERECO: RUA DAS LAVADEIRAS, 1570, CENTRO
CNPJ: 01.115.715/0001-64
CNAE: 6511 - Atividades de comércio varejista de bens de consumo

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



Número
473812.133-0

Nome
MARIA DE JESUS FERRERA DA SILVA

Endereço
25/08/1971

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
7383.9E1F.D6BE.81EA

A autenticidade desse comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

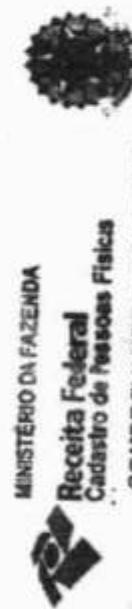
Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 08:21:16 do dia 26/04/2012 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00



VALÉNCIA DO PIAUÍ - PI 26/ABR/1971
NASCIMENTO: 36.715.957-8
ENDERECO: RUA DAS LAVADEIRAS, 1570, CENTRO
CNPJ: 01.115.715/0001-64
CNAE: 6511 - Atividades de comércio varejista de bens de consumo

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



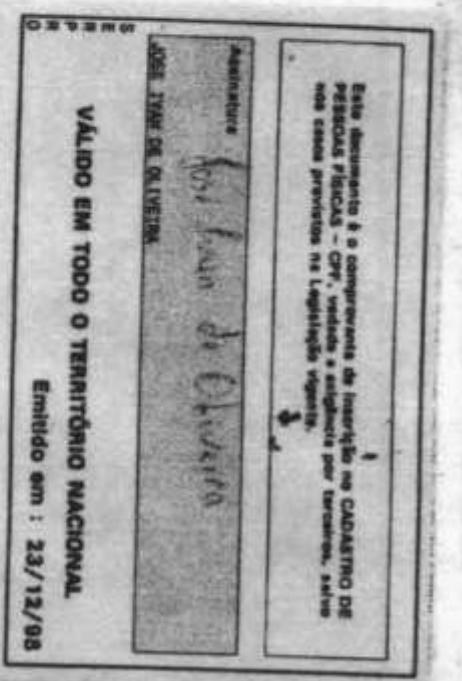
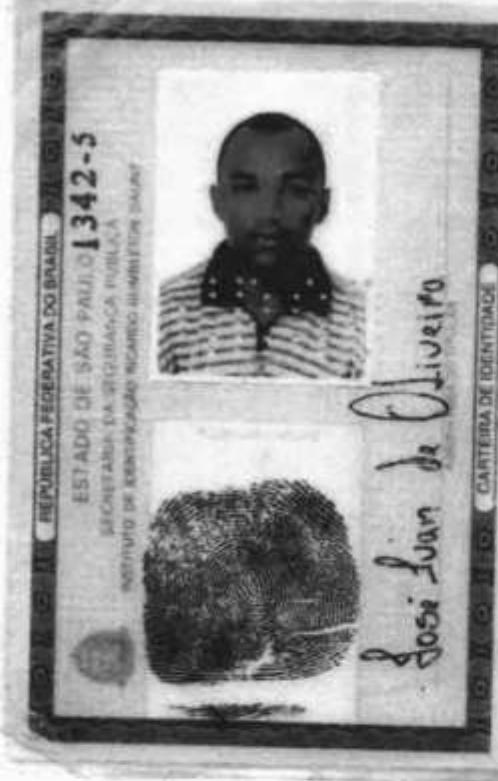
Número
473812.133-0

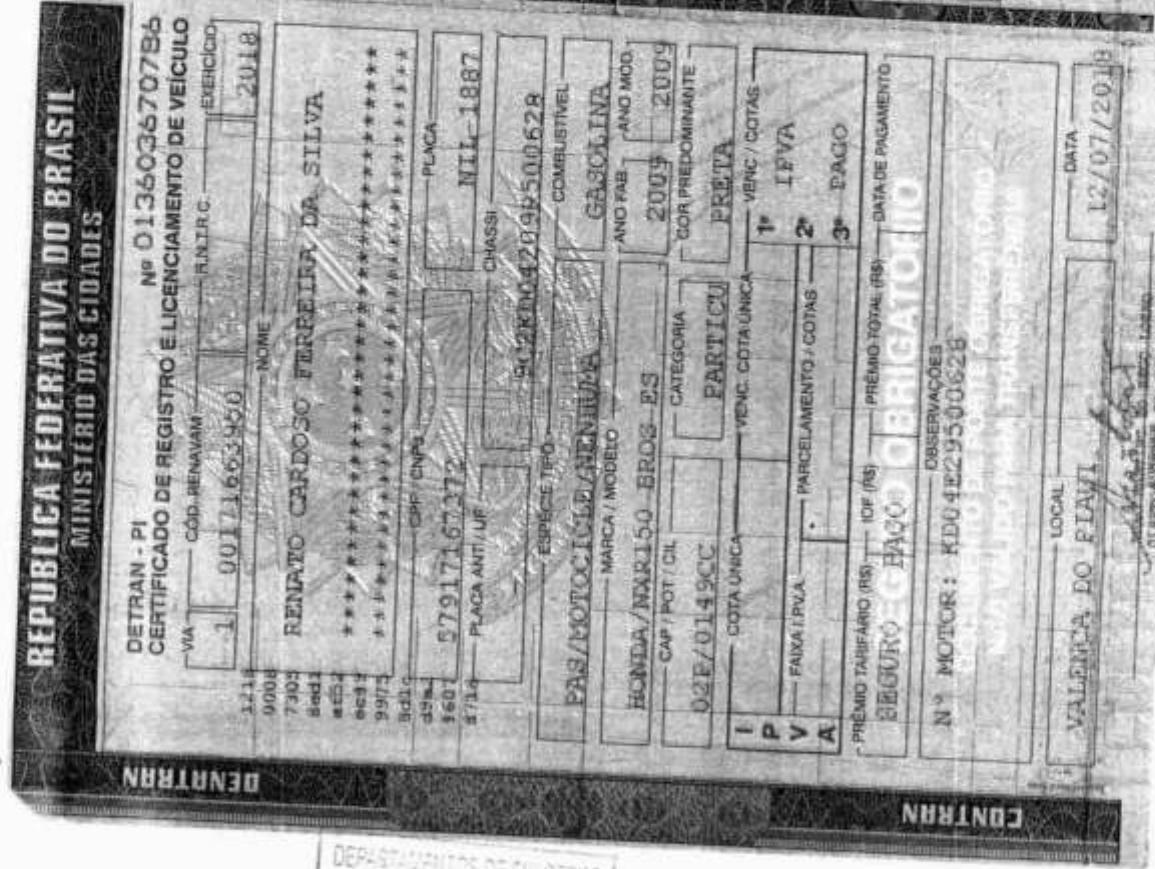
Nome
MARIA DE JESUS FERRERA DA SILVA

Endereço
25/08/1971

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

3058-Juan 3.01/01/00





PI N° 013503670786 BILHETE DE SEGURO DPVAT																																											
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br</p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>																																											
<table border="1"> <tr> <td>VIA:</td> <td>EXERCÍCIO:</td> <td>DATA EMISSÃO:</td> </tr> <tr> <td>1 - FERAVAN</td> <td>2018</td> <td>12/07/2018</td> </tr> <tr> <td>001171653950</td> <td>MARCA / MODELO:</td> <td>NIT: 113871</td> </tr> <tr> <td>- ANO/PAR</td> <td>HONDA/CRX150 EROS ES</td> <td>PLACA:</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td>WV CHASSI:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0,9</td> <td>9E2KRD042U9R500628</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">PRÉMIO TARIFÁRIO</td> </tr> <tr> <td>Frete (R\$)</td> <td>DEBITANTE (R\$)</td> <td>CUSTO DO SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td>000,00</td> <td>000,00</td> <td>000,00</td> </tr> <tr> <td colspan="3">TOTAL DA PREMIADA (R\$) 185,50</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PAGAMENTO:</td> <td>DATA DEQUITAÇÃO: 10/07/2018</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/> X CARTA ÚNICA</td> <td><input type="checkbox"/> PARCELADO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">SEGURADORA LÍDER - DPVAT</td> </tr> <tr> <td colspan="3">CNPJ 09.248.868/0001-64</td> </tr> </table>		VIA:	EXERCÍCIO:	DATA EMISSÃO:	1 - FERAVAN	2018	12/07/2018	001171653950	MARCA / MODELO:	NIT: 113871	- ANO/PAR	HONDA/CRX150 EROS ES	PLACA:	2009	WV CHASSI:		0,9	9E2KRD042U9R500628		PRÉMIO TARIFÁRIO			Frete (R\$)	DEBITANTE (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	000,00	000,00	000,00	TOTAL DA PREMIADA (R\$) 185,50			PAGAMENTO:		DATA DEQUITAÇÃO: 10/07/2018	<input checked="" type="checkbox"/> X CARTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	SEGURADORA LÍDER - DPVAT			CNPJ 09.248.868/0001-64		
VIA:	EXERCÍCIO:	DATA EMISSÃO:																																									
1 - FERAVAN	2018	12/07/2018																																									
001171653950	MARCA / MODELO:	NIT: 113871																																									
- ANO/PAR	HONDA/CRX150 EROS ES	PLACA:																																									
2009	WV CHASSI:																																										
0,9	9E2KRD042U9R500628																																										
PRÉMIO TARIFÁRIO																																											
Frete (R\$)	DEBITANTE (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)																																									
000,00	000,00	000,00																																									
TOTAL DA PREMIADA (R\$) 185,50																																											
PAGAMENTO:		DATA DEQUITAÇÃO: 10/07/2018																																									
<input checked="" type="checkbox"/> X CARTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO																																									
SEGURADORA LÍDER - DPVAT																																											
CNPJ 09.248.868/0001-64																																											

**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 dispneia (prejuízo à inspiração). Deformidade em região de fratura.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Submetida a tratamento conservador. Refere alta médica.

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

[**X**] 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 ás 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 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

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 **Data do acidente:** 26/09/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A
SILVA

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 ESCALARRECER 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 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
Endereço: Av. Cel. Stanley Baptista		Nº 711/431
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
Endereço: Rua Antonino de Sousa Martins		Nº 187
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 representá-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 - PI 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 Eurípedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A ASSINATURA DE: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA, D.O.U. FE. EM TEST. NOME DA VERBADA: VALENCA-PI, PIAUÍ-PI, 19/12/2018, End.: 3, P. 10:0,74 Selo:0,76 Total:4,71 Selo:ABM 43264 (F160P8)

Francisca Maria Moraes de Roma-ESCREVENTE
Francisca Maria Moraes de Roma-ESCREVENTE

Francisca Maria Moraes de Roma
Escrivane Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458851/18

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

CPF: 473.812.133-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/09/2018

Titular do CPF: MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/09/2018

Titular do CPF: MARIA DE JESUS
FERREIRA DA SILVA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

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

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, 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



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, 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.

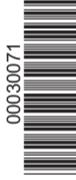
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 26 de 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, retorno 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,

