
Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190276633

Vítima: TEREZA VIEIRA CARDOSO

Data do Acidente: 18/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TEREZA VIEIRA CARDOSO

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, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276633

Vítima: TEREZA VIEIRA CARDOSO

Data do Acidente: 18/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TEREZA VIEIRA CARDOSO

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

Declaração de Inexistência de IML 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



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190276633

Vítima: TEREZA VIEIRA CARDOSO

Data do Acidente: 18/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), TEREZA VIEIRA CARDOSO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

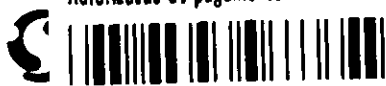
Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	348.096.003-00	TEREZA VIEIRA CARDOSO NERY	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
TEREZA VIEIRA CARDOSO NERY		348.096.003-00	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
	AV. PREF. WAL FERRAZ, 6030	6030	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
LOURIVAL PARENTE	TERESINA	PI	64.023-600
E-mail:			Tel.(DDD):

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: _____	
AGÊNCIA: 1987	CONTA: 00005596	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, 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
Vivos:	Falecidos:	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, Teresina, 01 de Abril de 2019.
	Nome: _____
	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO Tereza Vieira Cardoso Nery Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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.

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

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

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



6277 8013 5003 6590

TEREZA VIEIRA CARDOSO

1987 013 00005596-6 09/21

elo



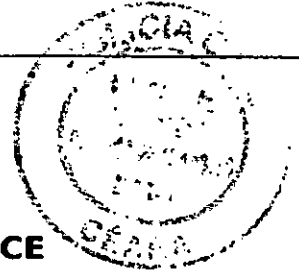
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1496 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **03/04/2018 13:41:14**
 Data / Hora da Ocorrência: **18/11/2017 22:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA NOGUEIRA ACIOLI C/**
 Complemento: **RUA TENENTE BENEVOLO**
 Bairro: **PRAIA DE IRACEMA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **TEREZA VIEIRA CARDOSO NERY**
 Nascimento: **19/07/1963** CPF: **348.096.003-00**
 RG: **596713** Orgão Emissor: **SSP** UF: **PI**
 Filiação: **ADALGISA VIEIRA DE ARAUJO**
PEDRO DELFINO CARDOSO
 Endereço: **AVENIDA FREF WALL FERRAZ , 6030**
 Bairro: **LOURIVAL PARENTE**
 Município: **TERESINA/PI** CEP: **64.000-000**
 País: **BRASIL** Telefone: **(86) 99804-8913**

Noticiante(s)

Nome: **JOSE FERNANDO LOPES DE OLIVEIRA**
 Nascimento: **07/10/1958** CPF: **102.764.163-68**
 RG: **92025012241** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA**
JAIME PAULO DE OLIVEIRA
 Endereço: **RUA TIANGUÁ, 300 CASA B**
 Bairro: **PARREAO** CEP: **60.410-298**
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98106-0106**

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE(PROCURADOR) QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, A VITIMA(TEREZA VIEIRA CARDOSO NERY) ENCONTRAVA-SE DENTRO DE CARRO(UBER), DE PLACAS NÃO ANOTADAS, COMO PASSAGEIRA E NÃO APRESENTOU NEM A DOCUMENTAÇÃO DO CONDUTOR E NEM A DOCUMENTAÇÃO DO VEICULO CITADO E NÃO SABE INFORMAR O NOME DO CONDUTOR DO VEICULO; QUE TRAFEGAVA PELA RUA NOGUEIRA ACIOLI; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM O VEICULO(UBER) EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO; QUE O NOTICIANTE(PROCURADOR) FOI ORIENTADO QUE ERA NECESSÁRIO A APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO DO CONDUTOR(CNH), COMO TAMBÉM DO VEICULO(CRLV). E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
 PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

**CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS**
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Teresina-Piauí--(86)-6224-6665

CARTÓRIO
DJALMA VELOSO

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabeliã
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Telefone: (86) 6224-6665

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS DO 5º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS, 29/03/2019.

Monica Maria de Castro Dias
MONICA MARIA DE CASTRO DIAS RIBEIRO ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol.:2,48 TJS:0,50 FPP:0,06 Selo:0,26 Total:3,30
Selo:ABV.55695 (F410P53)



**CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS**
Monica Maria de Castro Dias Ribeiro
Escrivente Autorizada



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 1496 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Dr. Fernando Lopes de Oliveira
P.P.

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-1-6

CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

CARTÓRIO
DIALMA VELO
Tabela Interina

CERTIFICADO DE A PRESENTE FIDUCIARIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESAS NOTAS DOU RE TERESINA-PI, 29/03/2019.

MONICA MARIA DE CASTRO DIAS RIBEIRO-SOBEVANTE ADVERTIDA
Emol.: 2,48 JU: 0,50 FPP: 0,06 S Selo: 0,26 Total: 3,30
Selo: ARV. 55696 (F410-53)

CARTÓRIO 5º OFÍCIO E PROTESTO DE TÍTULOS
Monica Mª de Castro Dias
Escrevente Autor
Teresina-Pir

Selo de Fiscalização
Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Tribunal de Justiça
Tribunal de Contas
Tribunal de Recursos
Tribunal de Apelação
Tribunal de 1ª Instância
Tribunal de 2ª Instância
Tribunal de 3ª Instância
Tribunal de 4ª Instância
Tribunal de 5ª Instância
Tribunal de 6ª Instância
Tribunal de 7ª Instância
Tribunal de 8ª Instância
Tribunal de 9ª Instância
Tribunal de 10ª Instância
Tribunal de 11ª Instância
Tribunal de 12ª Instância
Tribunal de 13ª Instância
Tribunal de 14ª Instância
Tribunal de 15ª Instância
Tribunal de 16ª Instância
Tribunal de 17ª Instância
Tribunal de 18ª Instância
Tribunal de 19ª Instância
Tribunal de 20ª Instância
Tribunal de 21ª Instância
Tribunal de 22ª Instância
Tribunal de 23ª Instância
Tribunal de 24ª Instância
Tribunal de 25ª Instância
Tribunal de 26ª Instância
Tribunal de 27ª Instância
Tribunal de 28ª Instância
Tribunal de 29ª Instância
Tribunal de 30ª Instância
Tribunal de 31ª Instância
Tribunal de 32ª Instância
Tribunal de 33ª Instância
Tribunal de 34ª Instância
Tribunal de 35ª Instância
Tribunal de 36ª Instância
Tribunal de 37ª Instância
Tribunal de 38ª Instância
Tribunal de 39ª Instância
Tribunal de 40ª Instância
Tribunal de 41ª Instância
Tribunal de 42ª Instância
Tribunal de 43ª Instância
Tribunal de 44ª Instância
Tribunal de 45ª Instância
Tribunal de 46ª Instância
Tribunal de 47ª Instância
Tribunal de 48ª Instância
Tribunal de 49ª Instância
Tribunal de 50ª Instância
Tribunal de 51ª Instância
Tribunal de 52ª Instância
Tribunal de 53ª Instância
Tribunal de 54ª Instância
Tribunal de 55ª Instância
Tribunal de 56ª Instância
Tribunal de 57ª Instância
Tribunal de 58ª Instância
Tribunal de 59ª Instância
Tribunal de 60ª Instância
Tribunal de 61ª Instância
Tribunal de 62ª Instância
Tribunal de 63ª Instância
Tribunal de 64ª Instância
Tribunal de 65ª Instância
Tribunal de 66ª Instância
Tribunal de 67ª Instância
Tribunal de 68ª Instância
Tribunal de 69ª Instância
Tribunal de 70ª Instância
Tribunal de 71ª Instância
Tribunal de 72ª Instância
Tribunal de 73ª Instância
Tribunal de 74ª Instância
Tribunal de 75ª Instância
Tribunal de 76ª Instância
Tribunal de 77ª Instância
Tribunal de 78ª Instância
Tribunal de 79ª Instância
Tribunal de 80ª Instância
Tribunal de 81ª Instância
Tribunal de 82ª Instância
Tribunal de 83ª Instância
Tribunal de 84ª Instância
Tribunal de 85ª Instância
Tribunal de 86ª Instância
Tribunal de 87ª Instância
Tribunal de 88ª Instância
Tribunal de 89ª Instância
Tribunal de 90ª Instância
Tribunal de 91ª Instância
Tribunal de 92ª Instância
Tribunal de 93ª Instância
Tribunal de 94ª Instância
Tribunal de 95ª Instância
Tribunal de 96ª Instância
Tribunal de 97ª Instância
Tribunal de 98ª Instância
Tribunal de 99ª Instância
Tribunal de 100ª Instância



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Nascimento - Casamentos - Óbitos
3ª Circunscrição
Juizal - Ivone Araújo Lages
San Odeildo Rodrigues, 147
Bairro - Rio Branco - Foz

Estado/Território de Piauí
Comarca de Teresina
Município de Teresina
Distrito de Teresina

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DO
REGISTRO CIVIL
Ivone Araújo Lages
Secretária
Teresina - Piauí

Ivone Araújo Lages.
Oficial Substituta do Registro Civil

CERTIDÃO DE CASAMENTO

CERTIFICO que, sob o n.º 7.997, à fls. 135, do livro
n.º 3-23 de Registro de Casamentos, verifiquei constar que no dia 12 de
novembro de 19 22, foi feito o casamento de Mancel Nery Alves
Tereza Vieira Cardoso.

contraído perante o Juiz Dr. José Ribamar Oliveira.
e as testemunhas As Constatantes do termo.

Ele, nascido em Vereda - Nova Russas - Ceará,
aos 25 de maio de 19 57,
profissão Empresário, domiciliado Nesta Capital,
filho de Enocui Alves Rodrigues
e dona Maria Rodrigues Melo.

Ela, nascida em Juá dos Veiros, M/ de Vigosa do Ceará,
aos 19 de julho de 19 63,
profissão do lar, domiciliada Nesta Capital,
filha de Pedro Beltrão Cardoso
e dona Adalgisa Vieira de Araújo.

a qual passou a assinar-se Tereza Vieira Cardoso Nery.

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180 n.º
do Código Civil Brasileiro.

Observações: Casamento Celebrado pelo regime da comunhão parcial de bens.

O referido é verdade e dou fé.

Teresina - Piauí, 12 de novembro 19 22

[Assinatura]

OFICIAL

Maria das Graças Rêgo Lages
Secretária Substituta

CARTÓRIO PERICLES JUNIOR
9º OFÍCIO
Rua André Chaves, 304
Fone: 3493.9108 - Fortaleza - Ceará
VALIDO PORTECO - SELO DE AUTENTICIDADE

A presente cópia fotostática contém o original
exibido nestas notas públicas. O referido é verdade
Dou fé. Em Test. da verdade, Foz

14 DEZ. 2017

() Maria de Fatima Leitão Castelo Branco
() Pericles Castelo Branco Neto
(X) Priscila Luana Bezerra Araújo - Es

HO506.814



Comprovação de ato declaratório



ATO

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Tereza Vieira Cardoso Nery**, no dia **18/11/2017**, às **23h30min**, na **Rua Nogueira Acioli c/ Rua Tenente Benévolo**, no **Bairro Praia de Iracema**, vítima de acidente de trânsito.

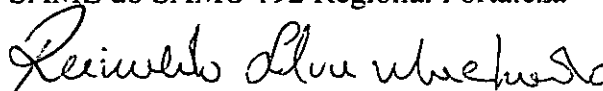
Documento requerido pelo Sr. **Manoel Nery Alves**, Processo nº **P983321/2017**

Fortaleza, 14 de dezembro de 2017.

Atenciosamente,


Esther Cunha

Cood. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado

Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima TEREZA VIEIRA CARDOSO NERY	CPF da Vítima 348.096.003-00	Data do Acidente 18 11 2019
--	--	---

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Teresina, 01 de Abril de 2019.

Local e Data

Tereza Vieira Cardoso Nery

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



12/2018



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 13/12/2017 8:33:28

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 18/11/2017 23:49:24	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 706405187022288	NOME: TEREZA VIEIRA CARDOSO			Registro: 5537824	
CPF: 34809600300	RG: 596713	D. NASC: 19/10/1983	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: ADALGISA VIEIRA DE ARAUJO			NOME DO PAI: PEDRO DELFINO CARDOSO		
TIPO DE LOGRADOURO: Avenida	ENDEREÇO DO PACIENTE: PREFEITO WALL FERRAZ		Nº: 6030	BAIRRO: LOURIVAL PARENTE	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: TERESINA	UF: PI	CEP: 84022800	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: GENESYS- SAMU USB 78, COND. FARIAS		PARENTESCO: FILHA		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com automóvel / microônibus (acidente de carro). Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em colisão com outro veic. a motor de duas ou três ro					
QUEIXAS: PACIENTE, 54 ANOS, TRAZIDA PELO SAMU COM HISTÓRIA DE TRAUMA CORTO-CONTUSO NO CRÂNIO SEM RELATO HÁ 01 HORA					
OBSERVAÇÕES: TCE- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Residência	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE: <u>TERESA VIEIRA CARDOSO MERY</u>			
IDADE:	SEXO: <u>FEMENINO</u>	EST. CIVIL: <u>CASADA</u>	FONE: <u>(85) 99492928</u>
ENDEREÇO: <u>AV. PREFEITO UAL FERRAZ, 6030</u>		MUNICÍPIO: <u>TERESINA</u>	UF: <u>PI</u>
1. SOLICITO AO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA O(S) DOCUMENTO(S) ASSINALADO ABAIXO: ☒ DECLARAÇÃO CIRCUNSTANCIADA SOBRE O ATENDIMENTO E/OU INTERNAMENTO; ☐ OUTROS: _____			
COM DATA DE ENTRADA NESSE HOSPITAL, EM ____/____/____ E ALTA EM ____/____/____ PARA FINS DE _____ Fortaleza, <u>06</u> de <u>Novembro</u> de <u>2018</u> . <u>Tereza Vieira Cardoso Mery</u> Assinatura do Requerente			
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE			
NOME: <u>TERESA VIEIRA CARDOSO MERY</u>			
IDADE:	SEXO: <u>FEM</u>	EST. CIVIL: <u>CASADA</u>	FONE: <u>(85) 99492928</u>
ENDEREÇO: <u>AV. PREF. UAL FERRAZ, 6030</u>		MUNICÍPIO: <u>TERESINA</u>	UF: <u>PI</u>
☒ PRÓPRIO PACIENTE (Anexar Doc. 1)	☐ PAIS DE MENOR 16 ANOS (Anexar Doc. 1, 2 e 3)	☐ OUTRO P/ PROCURAÇÃO (Anexar Doc. 1, 3 e 4)	☐ PAI/MÃE DE INCAPAZ (Anexar Doc. 1, 2, 3 e 5)
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: ⇒ Em caso de paciente já falecido qualquer informação (declaração, atestado, resumo de alta ou cópia parcial ou total de qualquer documento referente a tratamento médico, ambulatorial ou hospitalar, somente poderá ser liberada mediante a solicitação do cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmente comprovem o vínculo familiar (Art. 1º, da Recomendação CFM nº 3/14, de 28/03/2014). ⇒ Em caso de paciente absolutamente incapaz por enfermidade (transitória ou não) ou doença mental, que não puder exprimir sua vontade, anexar atestado médico com firma reconhecida. ⇒ Em caso do paciente vivo capaz, qualquer informação somente poderá ser liberada por solicitação do mesmo ou se expressa por Procuração Pública ou Procuração Particular com firma reconhecida contendo poderes específicos para receber o documento pretendido.			
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS			
1. Cópia de documento de identificação com foto do paciente (igual ou maior de 16 anos). 2. Cópia da Certidão de Nascimento (menores de 16 anos e incapazes por enfermidade). 3. Cópia de documento de identificação com foto do representante legal (pai ou mãe de menor de 16 anos ou de incapaz por enfermidade ou do representante indicado na procuração). 4. Procuração com firmas reconhecidas em cartório do outorgante e do outorgado, com fins específicos expressos e dirigida ao IJF. 5. Cópia autenticada do atestado médico com firma reconhecida do emitente.			
REGISTRO DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO			
☒ O REQUERENTE ☐ PESSOA AUTORIZADA COM PROCURAÇÃO SIMPLES E CÓPIA DA IDENTIDADE			
Fortaleza - CE em ____/____/____.		Assinatura do Recebedor _____	

Cartório Themistócles Sampaio Pessoa Física	TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPÃO ESEBEIRA RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 84000-200 - TERESINA-PI Fone: (0xx86) 3221-7886 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: TEREZA VIEIRA CARDOSO NERY. DOU. FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 06/03/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,25 Total: 4,70 Selo: ABA. 54205 (F80P466)	
JUDITE DE CASTRO CARDOSO Escrevente Autorizada	
☐ Tabela	☒ Escrevente autorizado
Cartório Themistócles Sampaio 3º Ofício de Notas Judite de Castro Cardoso Escrevente Autorizada Teresina - PI OFÍCIO DE NOTAS 3º Anatália Sampaio Tabela (86) 3221-7886 Selo de Fiscalização e Autenticidade Poder Judiciário Estado do Piauí 3º Ofício de Notas Registro e Autenticidade RECONHECIMENTO DE FIRMA ABA 54205	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Tereza Vieira Cardoso Nery
1545473

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 596.713 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/07/17

NOME TEREZA VIEIRA CARDOSO NERY

FILIAÇÃO ADALGISA VIEIRA DE ARAÚJO
PEDRO DELFINO CARDOSO

NATURALIDADE VIÇOSA DO CEARÁ-CE DATA DE NASCIMENTO 19/07/1963

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 7997 L 825 F 185
EXP TERESINA-PI 12/11/92
CPF 348.096.003-00
1545473

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Perito Policial Classe Especial

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

A presente cópia fotostática confere com original exibido nestas notas públicas. O referido é verdade Dou fe. Em Test. *[assinatura]* da verdade. Fortaleza-CE.

14 DEZ 2017

CARTUNO PERICLES JUNIOR 9 OFÍCIO DE NOTAS

() Maria de Fatima Leitão Castelo Branco - Tabeliã
() Pericles Castelo Branco Neto - Substituto
(X) Priscila Luana Bezerra Araújo- Esc. Autorizada

A presente cópia fotostática confere com original exibido nestas notas públicas. O referido é verdade Dou fe. Em Test. *[assinatura]* da verdade. Fortaleza-CE.

14 DEZ 2017

CARTUNO PERICLES JUNIOR 9 OFÍCIO DE NOTAS

() Maria de Fatima Leitão Castelo Branco - Tabeliã
() Pericles Castelo Branco Neto - Substituto
(X) Priscila Luana Bezerra Araújo- Esc. Autorizada

documentos de identificação



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

OUTROS



ASL-0127946/19

Vítima: TEREZA VIEIRA CARDOSO

Data do acidente: 18/11/2017

CPF: 348.096.003-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TEREZA VIEIRA CARDOSO

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

TEREZA VIEIRA CARDOSO : 348.096.003-00

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: 15/04/2019
Nome: TEREZA VIEIRA CARDOSO
CPF: 348.096.003-00

TEREZA VIEIRA CARDOSO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

ACIDENTE DE TRANSITO

NOME DA VÍTIMA: TEREZA VIEIRA CARDOSO NERY
CPF: 348.096.003-00
DATA DO ACIDENTE: 18/11/2017 22:00H
LOCAL DO ACIDENTE: Rua Nogueira Acioli c/ Rua Tenente Benevolo, Praia de Iracema,
Fortaleza – CE

FOTOS DA VÍTIMA:



FOTOS DA VÍTIMA:



Lesão na Cabeça

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127946/19

Vítima: TEREZA VIEIRA CARDOSO

CPF: 348.096.003-00

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 18/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TEREZA VIEIRA CARDOSO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

TEREZA VIEIRA CARDOSO : 348.096.003-00

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: 15/04/2019
Nome: TEREZA VIEIRA CARDOSO
CPF: 348.096.003-00

TEREZA VIEIRA CARDOSO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES