

Controle de documentos x Audiências x Upload x PJ Consultas processos - Pro x PJ 0800032-14.2019.8.18.0 x Download file | iLovePDF x +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=180057&ca=a1dff2a8a8ac9e67b4162d1f8add356a9a7f...

Apps Processo Virtual Na... =Administrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0800032-14.2019.8.18.0071 FRANCISCO SOARES COSTA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

11078012 - CONTESTAÇÃO (2738636 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 31/07/2020 10:14:06

31 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11078011 - CONTESTAÇÃO
 - 11078012 - CONTESTAÇÃO (2738636 CONTESTACAO 01)
 - 11078016 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 11078021 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11078022 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11078025 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 11

2738636- CS/ 2020-02735/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO MIGUEL DO TAPUIO/PI

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf Exibir todos x

PT 10:14 31/07/2020



Número: **0800032-14.2019.8.18.0071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São Miguel do Tapuio**

Última distribuição : **03/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO SOARES COSTA (AUTOR)		RENATA ARAUJO CAMPELO LEITE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11078 016	31/07/2020 10:14	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

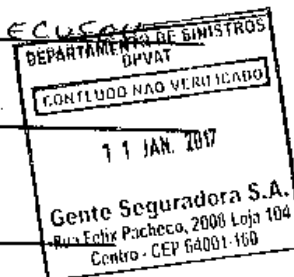
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ TANBUAVE OLIVEIRA, portador(a) do RG nº 3350944, expedido por SSP-BA, em 14/11/90, CPE/CNPJ nº 485 247 515-68, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) FRANCISCO SOARES COSTA, do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima O MESMO, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: _____

José Tanbuave Oliveira
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

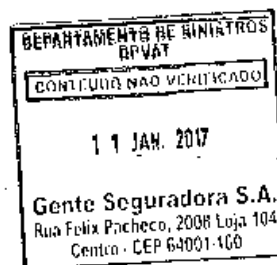


Declaração do Proprietário do Veículo



EU, LUIS PEREIRA DA SILVA
RG nº 479.993 data de expedição 20/JUN/1937
Órgão SSP/PI portador do CPF nº 394.839.752-87, com
domicílio na cidade de SÃO MIGUEL TAPUÍ no Estado de
PIAUÍ onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ALTO DA PICAREIRA nº 51/N
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima FRANCISCO SOARES COSTA cujo o condutor era

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/POP 110i
Ano: 2015/2016
Placa: PI-8786
Chassi: 9C2JB01006R002816
Data do Acidente: 07.07.16
Local e Data: _____



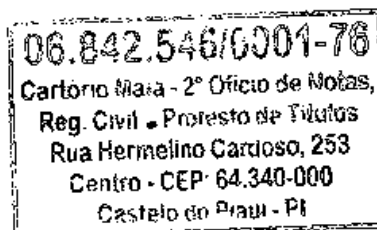
→ Luis Pereira da Silva
Assinatura do Declarante

→ Francisco Soares Costa
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço a(s) firma(s) em autenticidade
Luis Pereira da Silva

Em Testemunho _____ da verdade.
Carrelo do Piauí-PI 05/08/2016

Maria da Cruz
2ª Tabelião





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE-SESAP
HOSPITAL ESTADUAL "JOSE FURTADO DE MENDONÇA"
CNPJ. 00.553-684/0007-28
RUA. COLETOR JOSE ARAUJO, S/N-FONE. (86) 3249-1826
São Manoel do Maranhão, Piauí



Consulta de Urgência e/ou Observação

Nº Cartão SUS: [039774] [4078600F] sig: ||||| CPF: 201.415.103-66

Name: Admiral Soanes Costa

Mãe: Cláudia Soares de Almeida Costa

Data de Nascimento: 20/10/1966 Sexo: M Profissão: Operador Tel: 981854870

Logradouro: Rua Antônia de Almeida Bairro: Fátima

Municipio: San Juan

Dados Clínicos: AT MELHIA ALBINO, C. 12/12/1970, MARI UNICA EM CASA DE PE - AT - SP/SP/SP
- DIA E NOMEÇÃO EM N.E. (P.E.)

Diagnóstico Provável: Transtorno Emocional

Procedimento: *Leu no 20 MTC-X*

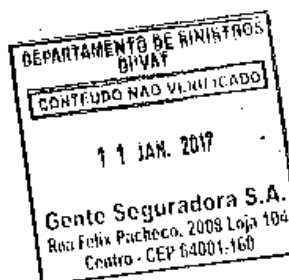
Códigos:

Data da Consulta: 07/07/16 Hora: 17:07

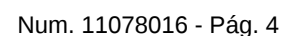
Assinatura do Médico e Carimbo

Assinatura ou impressão digital do paciente ou responsável

OBS.: A Consulta é paga pelo SUS. É Proibido a cobrança de qualquer taxa



EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO

[illegible]

**HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR**

CONTORNO,

SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642

(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P058359

Registro: 33987

Data: 08/07/2016

Hora: 14:05:00

Funcionario: NAYARA

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 41

SUS**FRANCISCO SOARES COSTA**

CPF: - RG: 1628893 - SUS: 203977440770004

Nasc.: 20/09/1965 Idade: 50 ANOS, 9 MESES, 18 DIAS Profissão: LAVRADOR

Civil: OUTROS

CEP: 64330-001

End.: ANTONIO FELIPE DE ARAUJO, 36 -

Bairro: FATIMA

Cidade: SAO MIGUEL DO TAPUIO/PI

IBGE: 2210409 Cor: PARDA

Mãe: ELEDITE SOARES DE ABREU COSTA

Pai: LUIS RODRIGUES COSTA

Clínica: CLINICA MEDICA

Documento: 3113 - ELDA DE SOUSA SANTOS

Responsável: FRANCISCO SOARES COSTA - O MESMO

119462

Procedimentos

08/07/2016 14:05 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO MEI)

☐ Vermelho - Emergência☐ Laranja - Muito Urgente☐ Amarelo - Urgente☒ Verde - Pouco☐ Azul - Não Urgente**Motivo do atendimento:** ACIDENTE DE MOTO**QUEIXA/HISTÓRIA**

PCT. VEIO ENCAMINHADO DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA PÉ ESQUERDO

OBSERVAÇÃO

NEGA HAS OU DM

SINAIS VITAIS

PA: 150/100 mmHg

TAX: 0°c

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

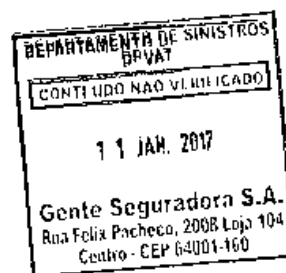
Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

MEDICAÇÃO USUAL**CONDUTA**

AO CLINICO



Responsável: FRANCISCO SOARES COSTA

119462 - ELDA DE SOUSA SANTOS



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 31/07/2020 10:14:06

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073110140526300000010499694>

Número do documento: 20073110140526300000010499694

HOSPITAL VETERINÁRIO DE CAMPUS MARIANA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

SAL 1122, CAMPO MARIZ/75 - 54200-000

CNPJ: 06.551.556/0005-72

RECEITA Nº: 0001-0001 - 0001-0001

FRANCISCO SOARES COSTA

Nasc.: 20/09/1965 Idade: 50 ANOS, 9 MESES, 18 DIAS Profissão: LAVADOR

End.: ANTONIO FELIPE DE ARAUJO, 36 -

Bairro: FATIMA

Cidade: SÃO PAULO - SP

IBGE: 2210409 Cor: PARDA Mãe: ELEDITE SOARES DE ABREU COSTA

Rua: RUA

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 3113 - SALMO NELO OLIVEIRA LIMA

Responsável: FRANCISCO SOARES COSTA - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

PA: 120/80

Procedimentos

08/07/2016 14:05 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

08/07/2016 14:23 0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

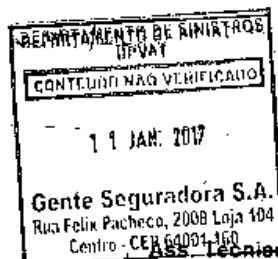
Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clínico/físico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:



Res / exame de urina - 2: / 3: / 4: MTT. s /
Assunto:
que foi com o carro
falta de água





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS

DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA/ TRANSFERÊNCIA

DATA 03/01/16 HORA _____ Nº DO TELEFONE _____

HOSPITAL SOLICITANTE HEC-FM MUNICÍPIO São

MEDICO EDNAN SOARES CRM 5130

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetria (x) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediátrico () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome _____

Idade _____ anos Sexo (x) Masculino () Feminino

HDA _____

ESCALA DE GLSOW:

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
3 - Comandos	4 - Confuso	5 - Localiza dor
1 - Nenhuma	2 - Palavras Incompreensíveis	3 - Flexão anormal
		1 - Nenhum

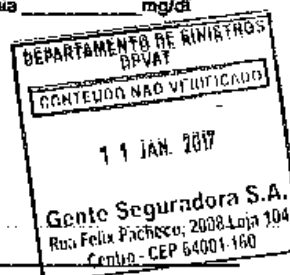
SINAIS VITAIS

Tax _____ °C P _____ bpm R _____ mm PA _____ mmHg Sat O₂ _____ Glicemia _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio () Hidratação venosa
() Aspiração () Medicação
() Curativo () Outros

EXAMES REALIZADOS (Enviar cópias)



HOSPITAL DE DESTINO

HOSPITAL HEC-FM

CLÍNICA ORTOPÉDICA

SENHA 201607000115

Victor Romill Soares
MÉDICO
CRM 15380

Assinatura e Carimbo do médico



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE-SESAPI
HOSPITAL ESTADUAL "JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA"
 RUA COLETOR JOSÉ ARAÚJO, S/N FONE: (86) 3248-1286
 SÃO MIGUEL DO TAPUIO - PI
 CNPJ 06.553.564/0007-23

CEL (01586353176759) DATA
 DEB



D.R.S.
 5ª

MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PIAUI

HOSPITAL ESTADUAL "JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA"
 RUA COLETOR JOSÉ ARAÚJO, S/N FONE: (86) 3248-1286

Mês Ano

FOLHA DE ENCAMINHAMENTO

A Unidade:

HEJFM

Para:

HCM

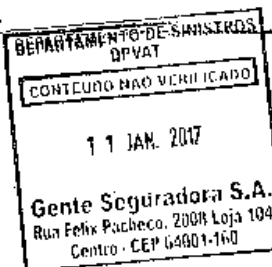
Nome do Paciente:

EDNAN SOARES COUTINHO

Motivo do Encaminhamento:

DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO - PI
 A UNIDADE EM TAPUIO - PI
 PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA

Observações



Data 08/09/16

Victor Romil Soares
 MÉDICO
 CRM-PI 5580

Responsável pelo encaminhamento

Obs.: Deve ser Adquirido no Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospitalar Local ou Reg.

FICHA DE RETORNO

Da Unidade:

Para:

Nome do Cliente:

Registro original

Diagnóstico e Orientação:



**HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR**

CONTORNO,

SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642

(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P058359

Data: 08/07/2016

Funcionario: NAYARA

Registro: 3398

Hora: 14:05:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 41

SUS

FRANCISCO SOARES COSTA

Nasc.: 20/09/1965 Idade: 50 ANOS, 9 MESES, 18 DIAS Profissão: LAVRADOR

CPF: - RG: 1628893 - SUS: 203977440770004

End.: ANTONIO FELIPE DE ARAUJO, 36 -

Bairro: FATIMA

Civil: OUTROS

IBGE: 2210409 Cor: PARDA Mãe: ELEDITE SAOARES DE ABREU COSTA

Cidade: SAO MIGUEL DO TAPUIO/PI

Pai: LUIS RODRIGUES COSTA

Clínica: CLINICA MEDICA

Documento: 3113 - ELDA DE SOUSA SANTOS

Responsavel: FRANCISCO SOARES COSTA - O MESMO

119462

Procedimentos

08/07/2016 14:05

0301010048

CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EX)

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

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTO

QUEIXA/HISTÓRIA

PCT. VEIO ENCAMINHADO DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA PÉ ESQUERDO

OBSERVAÇÃO

NEGA HAS OU DM

SINAIS VITAIS

PA: 150/100 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

MEDICAÇÃO USUAL**CONDUTA**

AO CLINICO

*Francisco Soares Costa*

Responsavel: FRANCISCO SOARES COSTA

ELDA DE SOUSA SANTOS
ENFERMEIRA
119462

119462 - ELDA DE SOUSA SANTO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 31/07/2020 10:14:06

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073110140526300000010499694>

Número do documento: 20073110140526300000010499694



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE-SESAPI
HOSPITAL ESTADUAL "JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA"
RUA COLETOR JOSÉ ARAÚJO, S/N FONE: (86) 3249-1266
SÃO MIGUEL DO TAPUIO - PI
CNPJ 06.563.564/0007-23



CEL (035 86 98317 6159) DORA Dora

D.R.S. 5	MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PIAUI
HOSPITAL ESTADUAL "JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA" RUA COLETOR JOSÉ ARAÚJO, S/N. FONE: (86) 3249-1266	Mês Ano

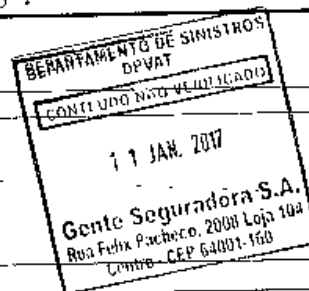
FOLHA DE ENCAMINHAMENTO

A Unidade: HEJFM	Para: Unica
Nome da Pessoa Encaminhada FRANCISCO SOARES COUTINHO	Registro

Motivo do Encaminhamento: PCT 54 ANOS, NEURO PUNÇÃO LOMBOCISTERNAL - APACIADA
PUNÇÃO EM II, III e IV METÓRICO DO AÉ (E). COMITENTE, AUTENTADO.
FOLHA ALGUMAS DO OUTRO PÉLO.

TRANSFERENCIA

Observações



Data 08/01/16	Victor Ramil Soares MÉDICO CRM-PI 5580 Responsável pelo encaminhamento
---------------	---

Obs.: Deve ser Adquirido no Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospitalar Local ou Reg.

FICHA DE RETORNO

Da Unidade:	Para:
Nome do Cliente:	Registro original:

Diagnóstico e Orientação:





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS

DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA/ TRANSFERÊNCIA

DATA 19/07/16 HORA N° DO TELEFONE

HOSPITAL SOLICITANTE HEJFM MUNICÍPIO SUR

MÉDICO EDNAN SOARES CRM 5180

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediátrico () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome FRANCISCO ROBERTO CORREIA

Idade 51 anos Sexo (X) Masculino () Feminino

Endereço RUA C/ PARANÁ DE II, III E IV LATERAL DO PÉ (E).
RUA ALVARO COUTINHO

ESCALA DE GLSLOW: (15)

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 - Comandos	4 - Confuso	6 - Localiza dor
3 - Nenhuma	2 - Palavras incompreensíveis	3 - Flexão anormal
		1 - Nenhum

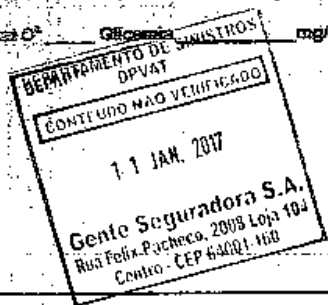
SINAIS VITAIS

Tax °C P bpm R mmHg PA mmHg Sat O₂ Glicemia mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio () Hidratação venosa
() Aspiração () Medicação
() Curativo () Outros

EXAMES REALIZADOS (Enviar cópias)



HOSPITAL DE DESTINO

HOSPITAL HEJFM

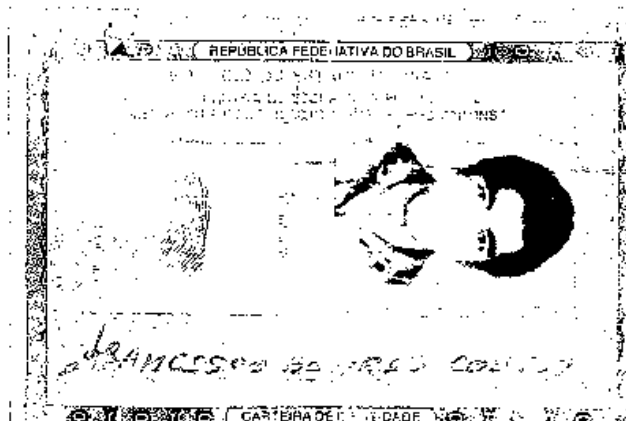
CLÍNICA OUTROS

SENHA 201607080048

Victor Romill Soares
MÉDICO
CRM 5180

Assinatura e Carimbo do médico





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.628.893 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/Jan/1996

NOME FRANCISCO SOARES COSTA

FILIAÇÃO Luis Rodrigues Costa

Eleonita Soares de Abreu Costa

NATURALIDADE S. Miguel d/ Tapuia-PI 20/Set/1965

DOC. ORIGIN. Nascimento, 2.882-fls, 171-liv, A-34 exp S.M. do Tapuia-PI, 12/9/95-C. 2º Ofício

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83



Autenticação de documento

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
221.415.103-68

Nome
FRANCISCO SOARES COSTA

Nascimento
20/09/1965

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
7A91.50B1.2CF8.1E0E

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

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:37:06 do dia 14/03/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00





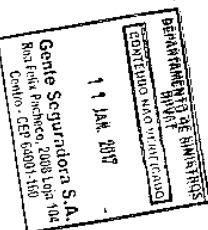
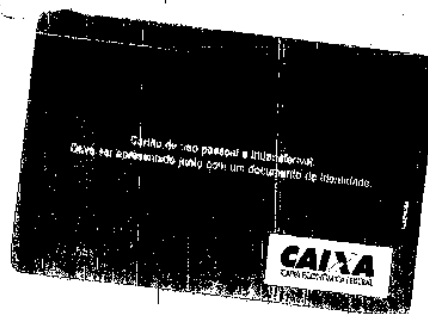
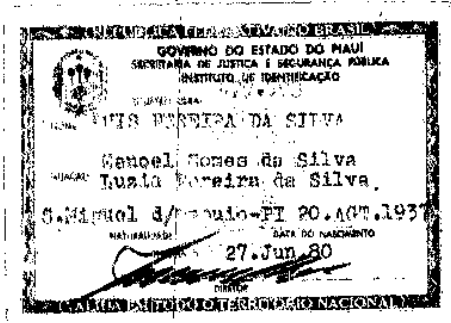
Conteúdo de Autenticação de IML

NOME	
JOSE TAMBUQUE OLIVEIRA	
DOC IDENTIFIC (CPF, CEGRA, ID)	
3350344	BSP
DA	
CPF	DATA NASCIMENTO
485.247.515-68	22/04/1969
FUNÇÃO	
CIRILO ANDRADE DA OLIVEIRA	
MARIA TAMBUQUE OLIVEIRA	
VALORES	
12/05/2016	18/05/2016
SEM OBSERVAÇÃO	
IDCM	
CRATEUS, CE	18/05/2016
44615124592	
CEL53369230	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 JAN. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2808 Loja 104
Centro - CEP 64001-160









JUNIO/2016 01/07/2016 49 28,64

1000	25/06/2016
1011	24/05/2016
1,000	25/07/2016
49	25/06/2016
49	25/06/2016
49	25/06/2016

NORMAL

Class/Subclass	Usage	Product Number	Price	Quantity	Page 13 of 30
RESIDENCIAL	MORO	A130677	1.1.1.1	46	

MAR/16	40	CONSUMO	49 A RS 0-488862	22,83
ABR/16	56	CONTR. ILLUMINACAO PUB. (COSIP)		5,39
MAR/16	45	MULTA POR ATRASO 05/16-00		0,42
FEV/16	45			
JAN/16	47			
DEZ/15	50			
NOV/15	49			
OUT/15	54			
SET/15	49			
AGO/15	38			
TARIFAS GEM TRIBUTOS:				
DA 49 - 0,43276				

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SE CANCELADA, A QUALQUER TEMPO, EM MOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO SUS-Parabéns! Até 9 de 24h/24h, não constatamos ²aturas vendidas nessa Unidade Consumidora.

Category	U.S. should take action (%)	U.S. should not take action (%)
18-29	75	25
30-49	70	30
50-69	65	35
70+	60	40
Male	68	32
Female	72	28

4120.4682	20CA.335D	4120.348C	2AC8.B555
7,37			
10,85			
1,00			
2,34			
1,27			
			0,22
			1,05

7,56	15,32	30,65	3,73	7,47	14,95	4,31
0,00			0,00			0,00

CANDIDATO 04/2016 13,38

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DUVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
11 JAN. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160



CHEQUE LISTE DE DOCUMENTOS DPVAT

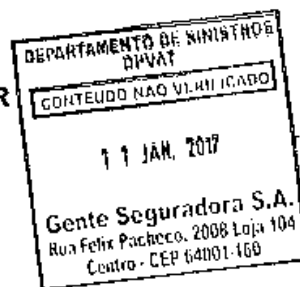
RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

20073110140526300000010499694

- ☒ BOLETIM DE OCORRÊNCIA
- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO
- ☐ CERTIDÃO DE NASCIMENTO
- ☐ COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO
- ☒ DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML
- ☒ DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO
- ☒ DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR
- ☒ DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO
- ☒ DUT
- ☒ LAUDO DE LESÕES CORPORAIS
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
- ☒ COMPROVANTE DA CONTA POUPANÇA OU CORRENTE
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO
- ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICO HERDEIROS

RELAÇÃO DO PROCURADOR

- ☒ ANEXO II
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- ☒ DOC. DE IDENTIFICAÇÃO
- ☒ PROCURAÇÃO



NOME DA VÍTIMA: FRANCISCO SOARES COSTA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170033591 **Cidade:** São Miguel do Tapuio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SOARES COSTA **Data do acidente:** 07/07/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/02/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DO PÉ ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PÉ ESQUERDOS

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / PÉ ESQUERDOS: 50% DE 50%

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170033591 **Cidade:** São Miguel do Tapuio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SOARES COSTA **Data do acidente:** 07/07/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 2º, 3º E 4º METATARSO DO PE ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DOS PODODÁCTILOS 2º, 3º E 4º.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/02/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)



0025
Comprovação de ato declaratório

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO SOARES COSTA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: OUTROS
Identidade: 1628 893
CPF: 223415105-68
Profissão: LAURADOR
Endereço: R. ANTONIO FILHO DE SAUSO
CEP: 64330-000
Telefone: ()

OUTORGADO:

Nome: JOSE TAMIAMNE NEUETRA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 3350944
CPF: 485247515-68
Profissão: COMERCIANTE
Endereço: AV. ANTONIO ANDREIAE
CEP: 64340-000
Telefone: (81) 999985730

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perda médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandate a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: FRANCISCO SOARES COSTA

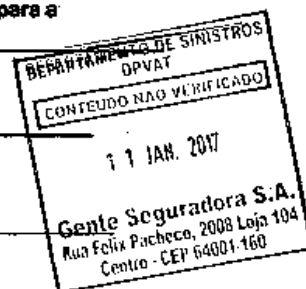
CASTELO DO PIQUI-14-12-2016

Local e data

FRANCISCO SOARES COSTA

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Reconheço a(s) firma(s) autêntica
ednan soares coutinho

Em Testemunho da verdade

Castelo do Piauí-PI 03/01/2017

ednan soares coutinho
2ª Tabela



SELO DE AUTENTICIDADE
Selo de Autenticidade
Número de Registro
069024
2ª Tabela

06.042.54610001-76
Cartório Maria - 2º Ofício de Notas
Reg. Civil e Protocolo de Títulos
Rua Hermelino Cardoso, 253
Centro - CEP 64340-000
Castelo do Piauí - PI



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10357644

A/C: FRANCISCO SOARES COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170033591 ASL-0016238/17

Vítima: FRANCISCO SOARES COSTA

Data Acidente: 07/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE TAMBUQUE OLIVEIRA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 11/01/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 07/07/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01247/01248 - carta_03



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10357793

A/C: FRANCISCO SOARES COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170033591 ASL-0016238/17

Vitima: FRANCISCO SOARES COSTA

Data Acidente: 07/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE TAMBUQUE OLIVEIRA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00989/00990 - carta_01



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10490059

A/C: FRANCISCO SOARES COSTA

Sinistro: 3170033591 ASL-0016238/17
Vítima: FRANCISCO SOARES COSTA
Data Acidente: 07/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE TAMBUQUE OLIVEIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00435/00436 - carta_02



Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10576045

A/C: FRANCISCO SOARES COSTA

Sinistro: 3170033591 ASL-0016238/17
Vitima: FRANCISCO SOARES COSTA
Data Acidente: 07/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE TAMBUQUE OLIVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO SOARES COSTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001141-X

Conta: 0000016570-0

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01893/01894 - carta_15R

00040947





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREEN _____



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

EU, FRANCISCO SOARES COSTA

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.628.893

EXPEDIDO POR SSP/PI

EM 11/Jan/1996

CPF 223416103-68 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO _____

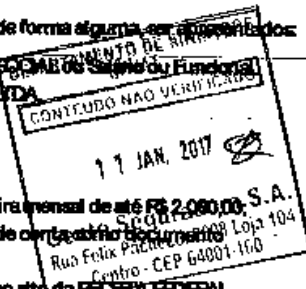
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____

AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos apareçam termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Função;
- Conta Empresarial – nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00; S.A.;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a solicitação de proposta de abertura de conta e o beneficiário deve apresentar comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISEDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/escaner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

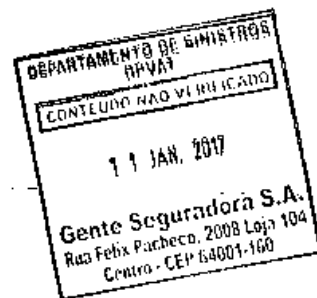
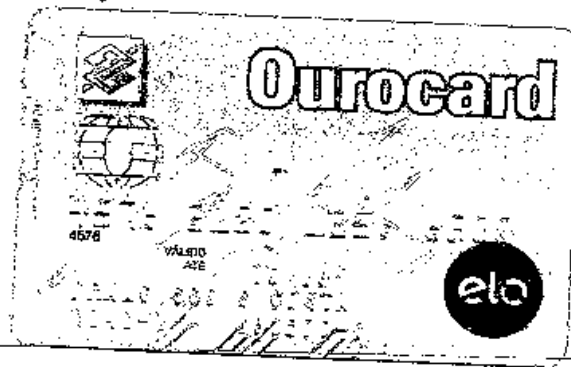
PARA CRÉDITO EM CONTA POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRASILESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 007 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1195 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 570-0

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

CASTELO, 25 de DEZEMBRO de 2016 Francisco Soares Costa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO







Nº DO SINISTRO 3170033591 CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

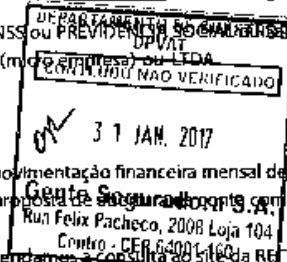
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO SOARES COSTA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.628.883 EXPEDIDO POR SSP - RJ EM 11/01/1996
CPF 0201455303-68 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO RECLUSO
E RENDA MENSAL DE R\$ RECLUSO NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA AMESM AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA Social, Plano de Benefícios ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de seguro com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da REFEITA FEDERAL www.refeita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT. Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 0002 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 11412 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 26570-0

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

CASTELO 06 de JANEIRO de 2017 Francisco Soares Costa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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



Banco Postal

em Depósito em Conta Corrente em

Agência: 34300171-PC CASTELO DO PIAUI
Terminal: 98351177 Id. Inv: 30448
Nº Aut: 185843 Caixa: 06273104
Data: 26/01/2017 Hora: 16:58
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL

575701308

SAC Nº: 0000 729 0722

CUPOMANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: FRANCISCO SOARES COSTA

AGÊNCIA: 1141-X

CONTA:

16.570-0

DATA

26/01/2017

Nº DOCUMENTO

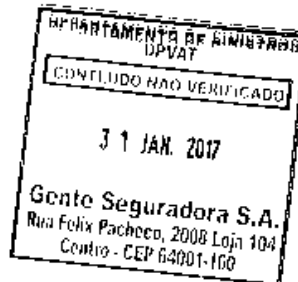
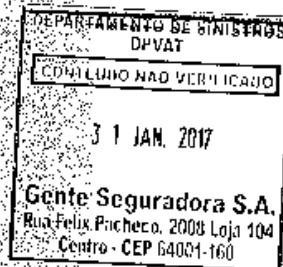
57.579.013.000.301

VALOR DINHEIRO

VALOR TOTAL

Nº AUTENTICAÇÃO

A.240.F.A.709.44A.FF2



**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

Nome do(a) Examinado(a): Francisco Soares Costa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Felipe de Araujo, 36
Urbano São Miguel do Tapuio PI CEP: 64330-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1628093
Data local do exame: [14/02/2017] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA DO 2, 3 E 4 MTATARSO DO PE ESQUERDO
PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DOS PODODACTILOS 2,3 E 4.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTA DIA 08-07-16 LEVANDO A FRATURA DE POLIDACTILOS SENDO REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR.

Data da alta: 08-8-16

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO

Complicações: VIDE ACIMA

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DOS POLIDACTILOS COM DOR EM PÉ AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DOS PODODACTILOS 2,3 E 4.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Esquerdo

% do dano: () 10% residual (X) 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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

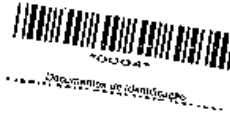
Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Frederico F. Oliveira
Frederico F. Oliveira
Cardiologista Médica
CRM - PI 5933



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, FRANCISCO SOARES COSTA, portador da carteira de identidade nº 1.628.898 e inscrito no CPF/MF sob o nº 221.445.103-68 residente e domiciliado na ANTONIO FELIPE DE ARAUJO Cidade SÃO MIGUEL TAPUIO, Estado PIAUI, 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:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Francisco Soares Costa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



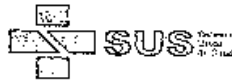
SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI-14.12.2016

Local e data





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE-SESAPI
HOSPITAL ESTADUAL "JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA"
CNPJ: 06.943.664/0007-20
RUA. COLETOR JOSE ARAÚJO, S/N-FONE: (86) 3240-1626
São Miguel do Taperoá-Piauí



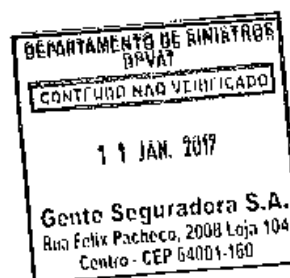
Consulta de Urgência e/ou Observação

Nº Cartão SUS: 10011111111111111111 CPF: 201.415.103-48
Nome: Ednân Soares Coutinho
Mãe: Eleide Soares da Silva Costa
Data de Nascimento: 20/07/1965 Sexo: M Profissão: Comerciante Tel: 981854870
Logradouro: Rua Rufino de Albuquerque Bairro: Taboão
Município: S. José
Dados Clínicos: AT. USAR AUDIÇÃO / ENTENDIMENTO COM UNIDADE DE CÉLULA DE PE - AT. APACIDA
DE E. MENDONÇA EM HIE (DE)
Diagnóstico Provável: TRINCA EM PE (E)
Procedimento: Exame de MRO-X
Código: _____
Data da Consulta: 07/07/17 Hora: 17:07

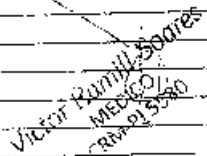
Victor Romão Soares
MÉDICO
CRM 15580

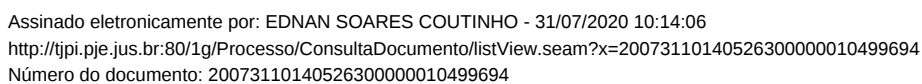
Assinatura do Médico e carimbo
Assinatura ou impressão digital do paciente ou responsável

OBS.: A Consulta é paga pelo SUS. É Proibido a cobrança de qualquer taxa



EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO

Evolução / Prescrição Médica		Módulo de Medicamento	Relatório do Enfermeiro Rubrica
DATA:			
03/07/2019	1) CONTINUA FARM - Map (Tr. Men)	<i>[Signature]</i> 17/07/19	<i>[Signature]</i> Visto em nome do medico de farmácia da farmácia da unidade de saúde de COP-PI (S)
			
P.A.:		Ass. e Carimbo do Enfermeiro	
T.A.X.:		<i>[Signature]</i> Carla Alves Gomes Enfermeira COREN-PI 457-291	
Queixa principal:	<i>[Handwritten note]</i>		



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:	20/02/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO SOARES COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01141-X

CONTA: 000000016570-0

Nr. da Autenticação 073CF6F8B1F84440



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO SOARES COSTARG nº 1628893, data de expedição 11/01/96 Órgão SSP-PI

CPF nº 221.415.107-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA-ANTONIO FELIPE DE ARAUJO</u>
Número	<u>Nº 36</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>URBANO</u>
Cidade	<u>SÃO MIGUEL DO TAPUIO - PI</u>
Estado	<u>PI</u>
CEP	<u>64.433.009</u>
Telefone de Contato	
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SÃO MIGUEL DO TAPUIO - PI - 04.01.2017Assinatura do Declarante: Francisco Soares Costa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 758 - Centro/PA - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-99 | Ins. Estadual: 19.301.333-5
Nº de Fichas: 10-025 da 36 de abril de 2012
Regime especial de tributação aprovado pelo 225/2016

Nº da Nota Fiscal: 000385744

A Fatores Sólidos Energia Elétrica - Fatores Sólidos
pela Lei nº 10-025 da 36 de abril de 2012

DEZEMBRO/2016 21/12/2016 128 57,83

MARIA DO SOCORRO ALVES LIMA
R. ANTONIO FELIPE DE ARAUJO 36 B-URBANO
CPF: 000003101393338
CEP: 06.433-000 - SAO MIGUEL DO TAPUIO ROT: 130.018.08.13.211300

Consumo	Valor	Consumo	Valor
Atual	11552	Atual	14/12/2016
Anterior	11424	Anterior	11/11/2016
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	12/01/2017
Consumo Média	128	Estimado	14/12/2016
Consumo Futuro	128	Apresentação	14/12/2016

NORMAL

33

RESID. BA. RENDA MONO A859852 1.4.1.1 103

Mês/Ano	Consumo	Valor R\$	Consumo	Valor R\$
NOV/16	108	30 A R\$ 0,207114 =	6,21	
OUT/16	91	70 A R\$ 0,355050 =	24,85	
SET/16	112	28 A R\$ 0,532576 =	14,91	
AGO/16	105	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,83	
JUL/16	96	DIFERENCA DE TARIFA	31,30	
JUN/16	129	SUBVENCAO BAIXA RENDA	23,38	
MAI/16	108	CORRECAO MONETARIA IG 10/16-00	0,07	
ABR/16	104	MULTA POR ATRASO 10/16-00	0,66	
MAR/16	122	JUROS DE MORA DE IMPO 10/16-00	0,38	
FEV/16	100	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,65	

TARIFA DE TRIBUTOS:
CICLO 30 - R\$ 0,154632
CICLO 30 - R\$ 0,265051
CICLO 30 - R\$ 0,097622

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 25/12/2016. O não pagamento por 30 dias consecutivos a partir da data de vencimento da fatura, além de gerar o cancelamento da prestação de serviço, ocasionará a suspensão deste serviço.

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. EXAR/2016. RESERVISTA, CUMPRE O SEU DEVER APRESENTANDO-SE DE 09 A 16 DEZ/2016

INSERIMENTO ADICIONAL 3524.8996.C329.F3E8.0AB6.918C.F064.9223

Descrição	Valor	Descrição	Valor
Contratante	20,94	Base da Cobrança	77,27
Energia	25,68	Adicional ICMS	20,00%
Transmissão	3,09	Valor do ICMS	15,45
Estatos	7,99	Valor do PIS	0,73
Tributos	19,57	Valor do COFINS	3,39

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
11 JAN. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-100

7,66 15,32 30,65 3,73 7,47 14,95 4,31
0,00 0,00 0,00

CARGO MAIOR 10/2016 11,04

ROT: 130.018.08.13.211300

Eletronas
Distribuição Piauí

0564752-5
12/2016
21/12/2016

000385744 FCAM

836000000000 7 57830017000 3 00000000564 5 75251216008 2

SEQ.: 00288 UC: 0564752-5 DT. LEIT.: 14/12/2016 T. ENTR.: 03
LEITURA: 11552 NORMAL TOTAL: 57,83 CARGA: 001
DT. VENC.: 21/12/2016 IRREG.: 000 COLETOR: 8341





Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Eletrobras, ligue para
0800 443 108

0488446-8

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64000-000 | Fone: (085) 3211-3000
Ata: 0001/2016 - 1ª Reunião Extraordinária - 06/09/2016
Resolução: 0001/2016 - 1ª Reunião Extraordinária - 06/09/2016

2º da Rua Firmeza 000443108

A partir de 01/01/2017, a Enepi substitui o antigo nome Enepi por Enepi Energia Piauí S.A. e a partir de 01/01/2017, a Enepi substitui o antigo nome Enepi por Enepi Energia Piauí S.A.

NOVEMBRO/2016 22/11/2016 42 25,02

JOSE TAMBUQUE OLIVEIRA
AV. ANTONINO FREIRE 570 198 CENTRO
CPF: 00048524751568

ROT: 131.017.09.56.21340

CEP: 64.340-000 - CASTELO DO PIAUÍ

CONSUMO DE ILUMINACAO	480725.000.000.000
Atual	3163
Anterior	3121
Consumo de Multiplicação	1,000
Consumo Medido	42
Consumo Faturado	42 FCAM
Consumo Faturado	32

Classe/Subclasse	Legenda	Módulo Medidor	Reada	Código FCB	Módulo Transmissão
COMERCIAL	MONO	A1483334		3.1.1.1	101

Consumo	Consumo	Consumo
OUT/16	133	
SET/16	103	
AGO/16	81	
JUL/16	55	
JUN/16	68	
MAI/16	52	
ABR/16	113	
MAR/16	153	
FEB/16	82	
JAN/16	91	
PAGAR SEM TATUAGEM		
0 R 42 - 6,45662		

Mes/Ano 10/2016 Valor R\$ 83,96 Unidade consumida sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/11/2016, em função das condições

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTIÚDO NAO VERIFICADO
11 JAN. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2088 Loja 104
Centro - CEP 64001-160

