
Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190096355

Vítima: JOSE DE ARAUJO SILVA FILHO

Data do Acidente: 19/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DE ARAUJO SILVA FILHO

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, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190096355

Vítima: JOSE DE ARAUJO SILVA FILHO

Data do Acidente: 19/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE DE ARAUJO SILVA FILHO

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\$ 675,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%	
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$ 675,00

Recebedor: JOSE DE ARAUJO SILVA FILHO

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000092295-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	02405042342	Jose de Araujo Silva Filho	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Jose de Araujo Silva Filho		02405042342	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Inter	6-04 casa 38	50	RS
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Trusina Sul	Trusina	Rio	62040440
E-mail:	Tel (DDD):		
	80994729591		

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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0004 013	CONTA: 92295 0	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: Trusina-RS 31/05/2019	TESTEMUNHAS	
	Nome: _____	1ª Nome: _____	_____
	CPF: _____	CPF: _____	_____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura	_____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	2ª Nome: _____	_____
		CPF: _____	Assinatura

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

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



AUTO-ATENDIMENTO - AREOLINO DE ABREU

DATA: 04/02/2019

HORA: 11:07:53

TERMINAL: 20041010

CONTROLE: 200410100231

COMPROVANTE DE
TRANSFERENCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGENCIA : 3389 / DIRCEU ARCOVERDE, PI

CONTA : 013.00000328-6

NOME : KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FAVORECIDO

CGC/AGENCIA : 2004 / AREOLINO DE ABREU, P

CONTA : 013.00092295-0

NOME : JOSE DE ARAUJO SILVA FILHO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003731/2018-02

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 23/10/2018 - 19:14

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRESIDENTE KENNEDY, Nº:

Complemento

Data/Hora

19/10/2018 - 13:00

Bairro

MORADA DO SOL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ DE ARAUJO SILVA FILHO

RG: 2351121SSPPI

Mãe: GERALDA DE OLIVEIRA SILVA

Endereço: Q.Y, C.38, RES. TERESINA SUL, Nº

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9575-7765

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO CG, 160 FAN, COR BRANCA, ANO 2018;2018, PLACA OEC-7871, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, TRAFEGAVA NA AV. PRESIDENTE KENNEDY, SENTIDO SUL/NORTE, QUE INVADIU O SEMÁFORO, ONDE COLIDIU NA DIANTEIRA DO VEÍCULO-II DUSTER, COR BRANCA, ANO 2014/2015, PLACA PIB-7098, DE PROPRIEDADE DA SRA DENISIA MARDONIA SOARES MOURA ALVES/CONDUTORA, RG DE Nº1.558.533/SSP/PI, C.P.F DE Nº451.320.893-72, CASADA, TERESINENSE, NUTRICIONISTA, RESIDENTE NA RUA ELIAS DE OLIVEIRA E SILVA, 989, MORADA DO SOL NESTA CAPITAL. QUE TRAFEGAVA NA RUA VALDEMAR MARTINS, SENTIDO LESTE/OESTE, MORADA DO SOL N/CAPITAL, O NOTICIANTE TRANSPORTAVA COMO PASSAGEIRA A MENOR ANALÚ VITÓRIA PAIVA DA SILVA, NASCIDA EM 01.08.2007, O NOTICIANTE JOSÉ DE ARAUJO SILVA FILHO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº326223, A MENOR ANALÚ VITÓRIA PAIVA DA SILVA, PASSAGEIRA TAMBÉM FOI SOCORRIDA PELO SAMU LEVADA PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº420346. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA

JOSÉ DE ARAUJO SILVA FILHO - Noticiante
Responsável pela Informação



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: _____

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

Nome completo: Jose de Araujo Silva Filho CPF: 02405042344
Profissão: Motor Endereço: 6-04 casa 38 Número: 50 Complemento: RS
Bairro: Teressina Sul Cidade: Teressina Estado: Piauí CEP: 64040440
E-mail: _____ Tel.(DDD): 86994729591

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: 0004 013 CONTA: 92295 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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: Teressina - PE 33/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 e conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Otto
Neuro
SUS SUS
SUTURA OT

Imp: 19/10/2018 14:19:15

(User: REGISLANE)

(Estação: RECEPCAO02)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: JOSE DE ARAUJO SILVA FILHO		Prontuário: 326223	
Mãe: GERALDA DE OLIVEIRA SILVA		Pai: JOSE DE ARAUJO SILVA	
End.Resid.: RUA JOAO DE DEUS MARTINS N 13461 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 07/01/1984	Idade: 34a9m12d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9478-8472
Responsável: TERESA CRISTINA		CNS: 705004450708356	
Profissão: PINTOR		CPF: 024.050.443-74 * RG: 2.351.121 - SSP PI	
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 689854	Data: 19/10/2018 14:04:00	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio: S U S
cid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não	CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente recebido com imobilização cervical, vítima de acidente de trânsito em motocicleta.

① sem ferimentos

② respiração espontânea, Sat 98%, FR: 18 rpm

③ hemodinâmica, FC: 85 bpm

④ Glasgow 15

⑤ Fratura exposta no ulna e p.

RAIO-X REALIZADOTécnico: *[assinatura]***RAIO-X REALIZADO**

DATA 19/10/2018

Técnico: *[assinatura]*PA X mmHgPulso: FC: bpmTemp.:

Diagnóstico Inicial:

Acidente de moto / politrauma.

Dr. Jústivan Sergio
Cirurgia Geral/Videolaparoscopia
CRM-PI 3137

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Te de Cerebro / Rx de Torax, membros superiores e inferiores

Realizar Sutura na Perna Direita

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORA

ALTA:

- () Melhorado
() Curado
() Inalterado
() A Pedido

- () Administrativa
() Por Indisciplina
() Por Evasão

- () Retornar à Unid. Origem:
() Transferência:

EXAME: 079410 256
DATA: 19.10.2018 15:27

DATA SAÍDA: / / TÉCNICO:

- () Internação na Unidade

Proced. Solicitado: 0408050462

5923

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

ÓBITO:

- () Até 24 Hs
() De 24 a 48 Hs
() Após 48 Hs

DESTINO:

- () Família
() IML
() Anst. Patol.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

Assinatura Paciente ou Responsável

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

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

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: 13/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE ARAUJO SILVA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000092295-0

Nr. da Autenticação D15BCB7792C82A52

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTCE FORTALEZA CE PL7

DATA DE POSTAGEM: 01/11/2018

JOSE ARAUJO SILVA FILHO
QD Y CASA 38 SN RS TERESINA SUL
ANGELIM
64040-740 TERESINA PI



7211307021132205421803213330011118



ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27157474000106 - IE 195965574

Av. Odilon Araújo, 1035, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA

13428373-2

FATURA Nº

150033337

MÊS / ANO

1/2019

TO 1.38

2019010310000

NOME / ENDEREÇO

MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 554 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64018650

LOCALIZAÇÃO

001-00044-000060

GRUPO
001

NÚMERO DO HIDRÔMETRO
Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
12/2018	Lido	01	10
11/2018	Lido	01	10
10/2018	Lido	01	10
09/2018	Lido	01	10
08/2018	Lido	01	10
07/2018	Lido	01	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TÁRIFA

1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 04/12/2018 128
ATUAL 03/01/2019 131

CONSUMO MÊS M3

10

LIQ. ULTIMA
PIS. INSS 65,25x1,60% = 0,72
COPINS 65,25x7,68% = 3,44

TABELA DE TÁRIFAS

RESIDENCIAL	Faixa de Consumo m³/mês e (%)	Valor
0	10 2.8450 65	
10	25 5.3800 65	
20	999999 9.1500 65	

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 27,49		
> Residencial-Normal	10,0 m³	27,49
VALOR DE ESGOTO - 17,86		
> Residencial-Normal	10,0 m³	17,86

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO m³/mês e (%)

VENCIMENTO

15/01/2019

TOTAL A PAGAR

45,35

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MESSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 2 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/96, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2707	2688	19	1,43	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2746	2658	88	6,40	Inferior a 15
PH	2752	2673	79	6,75	6,00-9,50
TURBID.º	2705	2618	87	1,86	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	967	961	6	Ausente	Ausente
ESCOLHIMONIA COLI	967	967	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 03/01/2019

HORA DA EMISSÃO: 11:08

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 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.

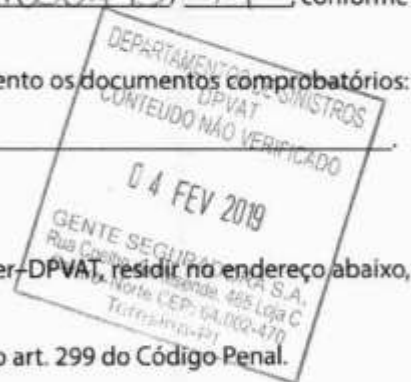
Pelo exposto, eu Keylly Moreira de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839502303 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose de Araujo Silva Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 024050443 / 44 do sinistro de DPVAT cobertura Furto de da Vítima Jose de Araujo Silva Filho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 024050443 / 44, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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



Endereço <u>Rua Zilda e Quatro de Janeiro</u>		Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64000902</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>861994729591</u>

Teresina 31 de Junho de 2019
Local e Data

Keylly Moreira de Oliveira
Assinatura do Declarante



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

Alto

NOME DO PACIENTE: João de Araújo Silva Filho
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 326223

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
- QP VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Otto
Tito
SUS SUS
SUTURA OT

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 19/10/2018 14:19:15

DADOS DO PACIENTE:

(User: REGISLANE)

(Estação: RECEPCAO02)

Nome: JOSE DE ARAUJO SILVA FILHO		Prontuário: 326223	
Mãe: GERALDA DE OLIVEIRA SILVA	Pai: JOSE DE ARAUJO SILVA		
End.Resid.: RUA JOAO DE DEUS MARTINS N 13461 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 07/01/1984	Idade: 34a9m12d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9478-8472
Responsável: TERESA CRISTINA	CNS: 705004450708356		
Profissão: PINTOR	CPF: 024.050.443-74 * RG: 2.351.121 - SSP PI		
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Solteiro(a)		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 689854	Data: 19/10/2018 14:04:00	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
CID Secundário: V299		

DADOS CLÍNICOS:

Paciente recebido com imobilização cervical, vítima de acidente de trânsito em moto-como!

RAIO-X REALIZADO

Técnico: C

A) Vias aéreas

B) Respiração espontânea, Sat 98%, FR: 18 rpm

C) Hemoperitônio, Fe: 356 pm

D) Ressonância 15

E) Fratura exposta no ulna da D.

RAIO-X REALIZADO

DATA 19/10/2018

Técnico: C

PA _____ X _____ mmHg

Pulso: _____

FC: _____ bpm

Temp.: _____

Diagnóstico Inicial:

Acidente de moto / politrauma.

Dr. Jastivan Sergio
Cirurgia Geral/Videolaparoscopia
CRM-PI 3131

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Te de Cerebro / Rx de Torax, membros superiores

Realizar Sutura em Pele Direita

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORA

ALTA: () Melhorado () Administrativa () Retornar à Unid. () Exame
() Curado () Por Indisciplina () Transferência: DATA: 19.10.2018 15:27
() Inalterado () Por Evasão
() A Pedido

DATA SAÍDA: 1 / 1 / 2018

() Internação na Unidade

Proced. Solicitado: 0408050462

5923

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

ÓBITO: () Até 24 Hs () Família
() De 24 a 48 Hs () IML
() Após 48 Hs () Anet. Patol.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

Assinatura Paciente ou Responsável

GENE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 19/10/2018 14:19:15

(REGISLANE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE DE ARAUJO SILVA FILHO		Prontuário: 326223	
Mãe: GERALDA DE OLIVEIRA SILVA		Pai: JOSE DE ARAUJO SILVA	
End.Resid.: RUA JOAO DE DEUS MARTINS N 13461 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 07/01/1984	Idade: 34a9m12d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9478-8472
Responsável: TERESA CRISTINA		CNS: 705004450708356	
Profissão: PINTOR		Documento: CPF: 024.050.443-74	
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 689854	Data: 19/10/2018 14:04:00	Clas. Cor: Indefinido
ativo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ __:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: ORTOPEDIA	
Paciente com ferimento na perna direita com necessidade de sutura e do pé direito com fratura fechada e necessidade de cirurgia	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ __:__	
Após sutura retornar à Ortopedia	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ __:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ __:__	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

HOSPITAL
DE LINGÜAGEM
DE TUBEROSIA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE. ou APT.	LEITO
Jose de Azevedo Silva Filho						
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE				
Ex. de Melhores pi Direito						
PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÕES				
DATA: / / HORA: :		HORÁRIO				
Visto Nutricionista Adriana Karch CBN/SP 5320 1 - Dieta geral 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h 7 - CCGG + SSVV		22h - 5h - 10h - 15h - 20h - 22h P4 110x60 R=98 - R=98 0600 Paciente Locarizado neste momento - Danielle				

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Pront.
326223

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI	Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante	Gasoterapia
Hemoderivados	Nutrição Parenteral / Enteral
Diálise / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	

HOSPITAL: HUT

CNPJ: _____

PACIENTE: José de Araújo Silva Filho

Nº AIH: _____

PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

CRM: _____

CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Fratura de 2-3: metacarpo 1 +
fratura de 2: metacarpo 2
Alcance 02 fm de Kirsch
na zona de Kirsch 1,5

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3999

Assinatura do Médico Solicitante

DATA: 21.10.18

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.012-470
Teresina-PI

AUDITOR

Assinatura do Médico Solicitante

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

José de Araújo Silva Filho

Diagnóstico pré-operatório

fx do 2º e 3º metacarpo + fx 2º PI (1)

Operação - Tipo

fixação

Cirurgião

Dr. Bergisl Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3009

1º Assistente

Dr. Tiago Santiago
ANESTESIOLOGIA
CRM-3880

2º Assistente

Instrumentador(a)

Sayana

Anestesista

Dr. Tiago Santiago
ANESTESIOLOGIA
CRM-3880

Anestesia

Raquel

Anestésico(a)

Data da Operação

21.10.18

Início

08:30h

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente em posição supina, com a mão direita fixada no corpo da mesa.
Assepsia e antissepsia da região operatória.
Redução imediata das fraturas do 2º e 3º metacarpos + fratura do 2º metacarpo (1) e fixação percutânea com fios de Kirschner sob radioscopia, com uma folha gesso.

Dr. Bergisl Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3009



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS**Fundação Municipal de Saúde**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21/10/18

NOME DO PACIENTE: <u>José de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>326223</u>
DIAGNÓSTICO: <u>fx 2.1.8. mss + 2.1.1.1</u>	CIRURGIA: <u>fx mss</u>
ANESTESIA: <u>Raqui</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Dr. Barbosa Bezerra</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Dr. Dr. Barbosa Bezerra</u>	CPF Nº: _____
ANESTESISTA: <u>Dr. Dr. Barbosa Bezerra</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Sayana</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>6.5</u>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	02		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	07	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	/		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	300		PVPI TINTURA	ML	/	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	/		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	/		SERINGA 3CC	UNID.	/	
FORMOL	ML	/		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	/	
JELCO Nº	UNID.	/		Cateter nasal	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletródos	UNID.	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Enxovas	UNID.	04	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	UNID.	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>W</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Gercivalba</u>			
PROLENE							

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE Dr. de Anais Liba Filho					Nº DE REGISTRO	
DATA: 21/10/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES				
OXIGÊNIO		1. Procaína				
1		perda 0,51				
2		12				
3		1-faltou 20				
LÍQUIDOS		3. Ureaprol 0,25				
SO-UTO 500						
400						
SANGUE 300						
200						
OUTROS 100						
TEMPERATURA T		SEQUÊNCIA				
Cº		1				
38		2				
P. ARTERIAL		3				
V		4				
O		5				
PULSO		6				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		7				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		8				
RESPIRAÇÃO O		9				
		10				
		11				
		12				
		13				
		14				
		15				
SÍMBOLOS		DURAÇÃO 60				
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES		N/A				
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						
PARTICULARIDADES						

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 20/05/16

INSCRIÇÃO 2.351.121 DATA DE EMISSÃO

COGNOME JOSÉ DE ARAUJO SILVA FILHO

PAIS GERALDA DE OLIVEIRA SILVA

SOBRENOME JOSÉ DE ARAUJO SILVA

ESTADO TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 07/01/1984

DOC. CERT. NASC. 16480 L A15 F 19V

EXP. TERESINA-PI 12/03/84

CIF. 024.050.443-74

0864678 ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 20/04/83 - DECRETO Nº 88.250/73

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



José de Araújo Silva Filho

ASSINATURA DO TITULAR

0864678

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0501401

KEYLLY MOIRA DE OLIVEIRA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME KEYLLY MOIRA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO

EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

NATURALIDADE

BARÃO DE GRAJAU-MA

DOC. ORIGEM

CERT.NASC. 39751 V 53A F 097

EXP TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI

839.502.503-00 ASSINATURA DO DIRETOR

L 3 N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 FEV. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Sousa 485 Loja C
Cidade-Norte CEP: 64.062-470
Teresina-Piauí

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013390517501

VIA COD RENAVAM RNTRO EXERCÍCIO
01140000982 2018

NOME
JOSE DE ARAGÃO SILVA FILHO

CPF/CNPJ PLACA
02405044374 GEC-7871

PLACA ANT/LF CHASSI
902RC22000R010213

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NEBRUTA ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/CG 160 TAN 2018 2018

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
025/01/02L PARTIC BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
1ª 1ª

PAGA LPVA. PRECIZ. VENC. COTAS
00000000 2ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
00000000 00000000 00000000 19/03/2018

ALIENACAO FIDUCIARIA
ADMINISTRADORA DE CONS. MAC. HONDA L

TERCEIROS LOCAL DATA
19/03/2018

PI Nº 013390517501 BILHETE DE SEGURO DPVAT

02405044374 GEC-7871 2018

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 19/03/2018

VIA CPF/CNPJ PLACA
02405044374 GEC-7871

RENAVAM MARCA/MODELO
01140000982 HONDA/CG 160 TAN

ANO FAB. CAT. TÍP. Nº CHASSI
2018 902RC22000R010213

PRÊMIO TARIFÁRIO

074 R\$ (R\$) DENATRA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) CUC, IOF (R\$) TOTAL (R\$) R\$ DO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE OUTUBRO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.345.808/0001-04

ABR-2017

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Rezende, 405 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.032-470
Teresina-PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190096355 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE ARAUJO SILVA FILHO **Data do acidente:** 19/10/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º E 3º METATARSOS E FRATURA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

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 residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190096355 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE ARAUJO SILVA FILHO **Data do acidente:** 19/10/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º E 3º METATARSOS E FRATURA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

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 residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(PREENCHER COM LETRAS LEGÍVEIS E SEM RASURAS)

OUTORGANTE:

Nome: JOSE DE ARAUJO SILVA FILHO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 2.351.121

CPF: 024.050.443-74

Profissão: Pintor

Endereço: 16-D4 COXA38 SN RS / Teresina Sul

Cep: 64040420

Telefone: (86) 9472-9591 - 8807-7870

data do acidente: 30.10.2018

OUTORGADO:

Nome: Keylly mouro de oliveira

Estado civil: Solteira

CPF: 839.502.303-00

Profissão: Corretor (A)

Endereço: R: vinte e quatro de janeiro n:554 bairro : Centro THE-PI

CEP: 64.018-650

Telefone: (86) 9.9472-9591 / (86) 9.8807-7870



Pelo presente instrumento particular da procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS 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 perícia medica e solicitar reagendamento, podendo sustalecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitido para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a

Vitima JOSE DE ARAUJO SILVA FILHO
TERESINA 21 DEZEMBRO 2018

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041624/19

Vítima: JOSE DE ARAUJO SILVA FILHO

CPF: 024.050.443-74

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 19/10/2018

Titular do CPF: JOSE DE ARAUJO SILVA
FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

JOSE DE ARAUJO SILVA FILHO : 024.050.443-74

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: 04/02/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa