



Número: **0804052-98.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **13/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.356,45**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---|--------------------|--|-------------------------|
| RENATO SAMPAIO IRENE (AUTOR) | | KLEUDA MONTEIRO DA SILVA NOGUEIRA (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT (REU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 8353418 | 13/02/2020 11:22 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 8353438 | 13/02/2020 11:22 | PROCURAÇÃO | Procuração |
| 8353644 | 13/02/2020 11:22 | COMPROVANTE DE ENDEREÇO | Comprovante |
| 8353648 | 13/02/2020 11:22 | DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO | Documentos |
| 8353653 | 13/02/2020 11:22 | DOCUMENTOS COMPROBATORIOS 01 | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 8353658 | 13/02/2020 11:22 | DOCUMENTOS COMPROBATORIOS 02 | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 8353660 | 13/02/2020 11:22 | DOCUMENTOS COMPROBATORIOS 03 | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA _____ VARA DA COMARCA DE TERESINA NO ESTADO DO PIAUÍ

RENATO SAMPAIO IRENE, brasileiro, casado, portador do RG nº 444.549SSP/PI, CPF nº 200.579.203-97, residente e domiciliado na Rua Milciades Lopes, Bairro Primavera Zona Norte, Teresina -PI, por sua advogada que esta subscreve com escritório profissional na Av. Jose dos Santos Silva, nº1430, Centro/sul, Teresina - PI e - mail: kleudajr@yahoo.com.br, vem, respeitosamente perante vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

Em desfavor de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, companhia de seguros participante do Consórcio de Seguradoras que operam o seguro de danos pessoais causados por veículo de via terrestre, localizada na Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:

1. PRELIMINARMENTE

1.1 DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA

Requerem-se os benefícios da justiça gratuita por ser a peticionante pobre na forma da lei, conforme dispositivos insertos na Seção IV, compreendida entre os arts. 98-102, do CPC 2015, não podendo arcar com as despesas contidas nos incisos do art. 98, §1º, pois colocaria em risco seu próprio sustento e de sua família, razão eminente para concessão de tais benefícios, a fim de que a parte possa exercer seu direito de ação, com base no preceito contido no art. 5º, inc. XXXV, da Constituição Federal.

Pontue-se, ainda, que a razão da lei se funda na concessão de tais benefícios aos brasileiros que necessitarem se socorrer no Judiciário para terem suas pretensões analisadas e, para tanto, será suficiente o requerimento na exordial com a simples afirmação de sua condição econômico-social, como se observa do texto legal, especificamente do art. 99, mesmo *códex*.

Portanto, não merecendo prosperar qualquer alegação de que a constituição de advogados particulares veda a concessão da gratuidade de justiça, requer-se que lhe sejam concedidos os seus benefícios, com fundamento também no Ofício Circular Nº 187/2013 e 149/2015-GC, da Corregedoria Geral de Justiça do Piauí, este pioneiro na inteligência esculpida



no art. 99, §4º, do CPC 2015.

2. DOS FATOS

O requerente foi vítima de acidente de trânsito ocorrido em 15 de abril de 2018, trafegava em uma bicicleta para a Av. Marechal Castelo Branco com destino a sua residência.

Ao se aproximar da ponte estaiada, surgiu outro veículo que não soube identificar e que este teria provocado o acidente, pois desenvolvia alta velocidade, e que o empacote se deu de forma violenta, onde o mesmo caiu e veio ao sofrer lesões corporais, conforme de ocorrência nº 100203001662/2016-30 em anexo.

Em decorrência imediata do infausto, o Reclamante sofreu lesões corporais gravíssima, pelo que foi conduzido para o Hospital.

Desta forma, constatada as lesões sofridas pelo autor devido ao acidente de trânsito, este procurou a requerida a fim de que lhe fosse pago indenização do seguro DPVAT, conforme determina a lei, foi questionado pela Ré quanto alguns documentos juntados, lhe pagando para tanto a irrisória quantia de R\$ 143,55 (cento e quarenta e três reais e cinquenta e cinco centavos).

Por esta razão, recorrem a presente com o intuito de receber o valor devido pertinente a indenização do seguro DPVAT, como lhe assegura a lei.

DO DIREITO

Lei nº 6.194/74, com alteração impressa pela Lei nº 11.482/07, sobre o direito à **INDENIZAÇÃO** em decorrência do **SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE**.

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no **artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente** e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

(...)

II – até R\$ **13.500,00** (treze mil e quinhentos reais) – no caso de **invalidez permanente**; e

É importante salientar que os artigos 5º e 7º da supracitada lei prescrevem que se faz jus ao recebimento da **INDENIZAÇÃO DPVAT, independentemente da existência de culpa**, bastando que se trate de acidente envolvendo veículo automotor, **independentemente de identificação ou não o veículo causador do nefasto**, bem de que seja **segurado ou não**.

Também o referido diploma legal assegura que qualquer pessoa que venha a sofrer danos em decorrência de acidente com veículo automotor de via terrestre, se credencia, na qualidade de **BENEFICIÁRIO**, a receber a correspondente **INDENIZAÇÃO SEGURO DPVAT**.

JURIPRUDÊNCIA CABÍVEL AO CASO VERTENTE

Senão vejamos o entendimento jurisprudencial emanado do e. TJ/MA:

Ementa: **RESPONSABILIDADE CIVIL. SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES. PRESCRIÇÃO ANUA INOCORRENTE. DIMINUIÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MAIS DA**



METADE. INVALIDEZ PERMANENTE. Ao beneficiário de seguro obrigatório (DPVAT) não se aplica a regra da prescrição anua de que trata art. 178, § 6º, II, do CC. Sendo a capacidade funcional de um membro reduzida a mais da metade, resta caracterizada a sua invalidez permanente, mormente se tratando de avançada idade. Apelo Improvido. (Acórdão nº 0302892000, Rel. Dês. Cleonice Silva Freire, publicação em 31.03.2000).

É de se destacar, por imperioso, que o recibo de quitação outorgado pela 1ª requerente em face da requerida foi lavrado em termos genéricos, não podendo liberar o devedor, notadamente em razão do valor indenizatório estar estabelecido por lei, como é o caso presente, como já decidiu inclusive a N. 10ª TACSP, nos autos da Apelação 719.238-7, cuja a seguir transcrevemos:

“SEGURO OBRIGATÓRIO – RESPONSABILIDADE CIVIL – ACIDENTE DE TRÂNSITO – FIXAÇÃO DO VALOR IMPOSTO POR LEI NÃO PODENDO SER OBJETO DE TRANSAÇÃO ENTRE AS PARTES – PROTEÇÃO DO SEGURADO QUE É A PARTE MAIS FRACA NO CONTRATO – INVALIDADE DA QUITAÇÃO POR VALOR MENOR QUE O DA INDENIZAÇÃO POR FORÇA DE TAL PRINCÍPIO – DETERMINAÇÃO DA SENTENÇA PARA QUE A SEGURADORA PAGUE O RESTANTE DA INDENIZAÇÃO A DESPEITO DE TER OBTIDO A QUITAÇÃO – COBRANÇA PROCEDENTE – RECURSO IMPROVIDO.

Resta claro que fazem jus o requerente a diferença existente entre o valor recebido R\$ 143,55 e o valor devido devidamente atualizado até o efetivo pagamento e acrescidos de juros moratórios.

Assim, resta claro que o requerente deverá ser indenizado pelo seguro, como medida de direito.

DO PEDIDO

Ante todo o exposto, requer:

1) A citação da Requerida no endereço supra citado, para querendo, responder nos termos da presente ação sob pena de revelia e confissão.

2) Que seja julgado procedente o pedido, condenando a requerida ao Pagamento integral do Seguro Obrigatório - DPVAT, conforme determinado em lei, no valor de R\$ 13. (Treze mil quatrocentos e cinquenta cinco reais);

3) Aplicação de juros moratórios de 1% ao mês a partir da data do pagamento do seguro, com a condenação em honorários advocatícios em 20% do valor da causa. 4) Seja concedido os benefícios da Justiça Gratuita, por ser o requerente de pessoa pobre nos termos da Lei nº 1060/50.

DAS PROVAS

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos.

Dá-se a causa o valor de R\$ 13.356,45 (Treze mil e trezentos e cinquenta e seis reais e quarenta e cinco centavos);

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

Teresina/PI, 13 de fevereiro de 2020.

KLEUDA MONTEIRO DA SILVA NOGUEIRA

Advogada OAB PI Nº 6152 e OAB/MA Nº 13305-A



- 94399002
99611890 - (Kucimay)

Kleuda
Monteiro
advocacia



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Renato Sampaio Irene

ESTADO CIVIL: casado PROFISSÃO: _____

RG: 444.549 CPF: 200.579.203-97

ENDEREÇO: Mucientes Lopes, n: 3049

BAIRRO: Primavera CEP: _____

CIDADE: Teresina ESTADO: PI

OUTORGADA

KLEUDA MONTEIRO DA SILVA NOGUEIRA, brasileira, casada, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, **Seccional do Piauí, sob o número 6152**, e **Seccional do Maranhão, sob o nº 13.305-A**, estabelecida profissionalmente na Avenida José Santos Silva nº 1430, bairro Centro/sul, CEP: 64001-300, em Teresina/PI, onde receberá as intimações e notificações de estilo.

PODERES: Amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula *ad judicium et extra*, previstos no art. 104 e 105 do Código de Processo Civil 2015, para representar o outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, enfim, todos os atos necessários que visem o bom e fiel cumprimento dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos subjetivos e interesses jurídicos do outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda subestabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Teresina-Pi, 28 de Setembro de 2018

Renato Sampaio Irene
Outorgante





AGUAS DE TERESINA SAN. SPE SA
Telefone: 0800 223 2000
CNPJ/MF 27.157.474/0001-06
AVENIDA ODILON ARAÚJO, 1035
TERESINA (PI) CEP 64017-280

Matrícula: 12280887-8
Fatura nº: 150718995
Referência: 03/2018
Data de Vencimento: 23/03/2018
Valor: R\$ 77,85

Data de Emissão: 16/03/2018
Hora de Emissão: 19:46:56

DADOS DO CLIENTE

MORADOR: RENATO SAMPAIO IRENE

PROPRIETÁRIO: RENATO SAMPAIO IRENE

RUA MILCIADES LOPES, 3049-PRIMAVERA-TERESINA-PI-cep: 64003390

MATRÍCULA: 12280887-8

GRUPO: 5

LOCALIZAÇÃO: 005-00048-002075

HIDRÔMETRO: A05N190182

ECONOMIAS / CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial Normal

HISTÓRICO DE CONSUMO

| Referência | Tipo | Leitura | Lido | Faturado | Data |
|--------------------|------|---------|------|----------|------------|
| 09/2017 | Lido | 1103 | 10 | 10 | |
| 10/2017 | Lido | 1113 | 10 | 10 | |
| 11/2017 | Lido | 1124 | 11 | 11 | |
| 12/2017 | Lido | 1134 | 10 | 10 | |
| 01/2018 | Lido | 1149 | 15 | 15 | |
| 02/2018 (Anterior) | Lido | 1173 | 24 | 24 | 07/02/2018 |
| 03/2018 (Atual) | Lido | 1193 | 20 | 20 | 09/03/2018 |

Dias de Consumo: 30

Média Consumo Diário (m³): 0,4000

Média Consumo Mensal (m³): 12

FATURAS PENDENTES

| Referência | Vencimento | Valor (R\$) |
|------------|------------|-------------|
|------------|------------|-------------|

DESCRIÇÃO DOS ITENS FATURADOS

| | Valor (R\$) |
|------------------------------|-------------|
| VALOR REFERENTE AGUA - 75,91 | |
| > Residencial Normal 20m³ | 75,91 |
| JUROS POR ATRASO 02/2018 | 0,03 |
| MULTA POR ATRASO 02/2018 | 1,91 |

Demais Lançamentos 0,00

TOTAL A PAGAR 77,85

MENSAGEM

Conforme Art. 2º da Lei 12.741 de 08/12/2012, informamos que sobre o valor da fatura incide os seguinte tributos: PIS e COFINS.

**FACILITE A MEDIÇÃO DO CONSUMO MENSAL DE ÁGUA
GARANTINDO O ACESSO AO HIDRÔMETRO E AJUDANDO A EVITAR
O ACÚMULO DE VEGETAÇÃO, AREIA**

LEI 12.741/2012

PIS/PASEP = $77,85 \times 1,65\% = 1,28$

COFINS = $77,85 \times 7,60\% = 5,91$

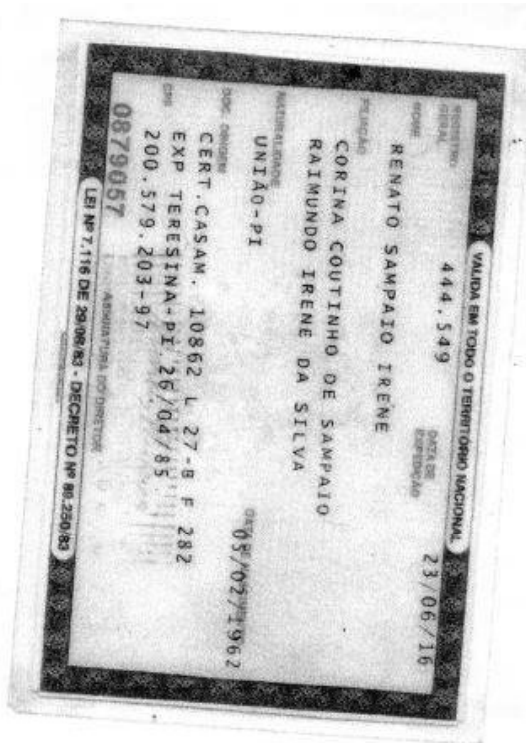
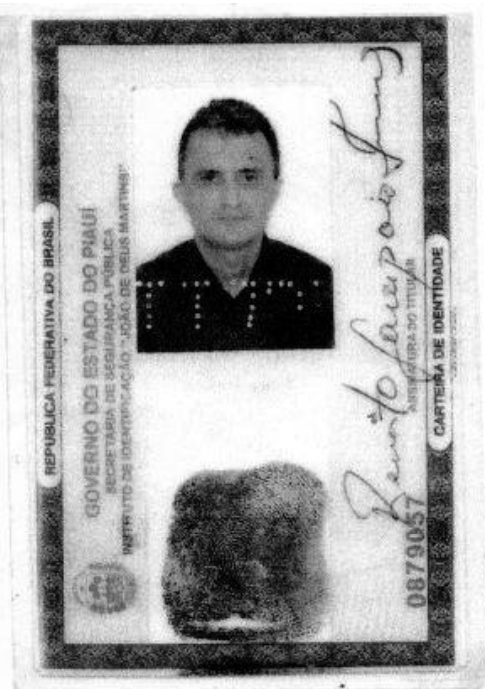
*** NOTIFICAÇÃO ***

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art.6, §3, inciso II.

| PARÂMETROS | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE | MÉDIAMÊS | VALOR PERMITIDO |
|--------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|----------|------------------|
| Cloro Livre | 3.623 | 3.459 | 164 | 1,12 | 0,20-5,00 mg/L |
| Cor Aparente | 2.923 | 2.634 | 389 | 7,03 | Inferior a 15,00 |
| Ph | 3.639 | 3.233 | 406 | 6,45 | 6,00-9,50 |
| Turbidez | 3.614 | 3.051 | 563 | 2,88 | Inferior a 5,00 |
| | | 554 | 20 | Ausência | Ausente |

| PARÂMETROS | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE | MÉDIAMÊS | VALOR PERMITIDO |
|------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|----------|-----------------|
| Escherichia Coli | 574 | 574 | 0 | Ausência | Ausente |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001662/2016-30

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francisco Ribeiro De Sousa

Data/Hora: 04/05/2016 - 11:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MARECHAL CASTELO BRANCO, Nº:

Complemento

Data/Hora

15/04/2016 - 18:30

Bairro

MORRO DA ESPERANÇA

Ponto de Referência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RENATO SAMPAIO IRENE[54 ANOS]

RG: 444549

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: CORINA COUTINHO DE SAMPAIO SILVA

Pai: RAIMUNDO IRENE DA SILVA

Endereço: RUA- MILCIADES LOPES, Nº 3049

Bairro: PRIMAVERA

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE ESTEVE NESTA DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRANSITO PARA COMUNICAR QUE TRAFEGAVA EM UMA BICICLETA PARA AV. MARECHAL CASTELO BRANCO COM DESTINO A SUA RESIDENCIA NO BAIRRO MORRO DA ESPERANÇA, AO SE APROXIMAR DA PONTE ESTAIADA, SURTIU UM OUTRO VEICULO QUE NÃO SOUBE IDENTIFICAR E QUE ESTE TERIA PROVOCADO O ACIDENTE QUANDO ESTE DESENVOLVIA ALTA VELOCIDADE, ADIANTA QUE FOI COLHIDO DE FORMA VIOLENTA CAINDO A DISTANCIA. A VITIMA SOFREU LESÃO CORPORAL DE ACORDO COM A GUIA DE ATENDIMENTO DE Nº 225652 EXPEDIDA PELA CLINICA SANTO ANTONIO, HORAS DEPOIS FOI TRANSFERIDA PARA O CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA. CONFORME RELATORIO MÉDICO APRESENTADO. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SENHOR DE NOME VALDEMAR CARVALHO DE MORAIS FILHO, RG- 900357 QUE PASSAVA PELO LOCAL DO ACIDENTE. AS DECLARAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

Francisco Ribeiro De Sousa - Mat. 0093548
AGENTE DE POLÍCIA

RENATO SAMPAIO IRENE[54 ANOS] - Noticiante
Responsável pela Informação

CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES
Delegado de Polícia





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

Sr(a). RENATO SAMPAIO IRENE

Nome:

LAUDO MÉDICO

PACIENTE RENATO SAMPAIO IRENE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, ONDE TEVE UMA LESÃO GRAVE EM MÃO DIREITA HÁ 1 ANO, QUANDO REALIZOU UMA CIRURGIA. PACIENTE AINDA SENTE DORES E FRAQUEZA NA MÃO DIREITA. PACIENTE APRESENTA TAMBÉM DOENÇA DEGENERATIVA EM JOELHO BILATERAL PIOR À ESQUERDA, PACIENTE REFERE DIFICULDADES AO FICAR POR MUITO TEMPO EM PÉ. REALIZOU RESSONANCIA, QUE MOSTRA CONDROPATIA PATELAR, ROTURA DO MENISCO LATERAL E CISTO DE BAKER. PACIENTE NO MOMENTO NÃO TEM CONDIÇÕES DE TRABALHAR, NECESSITA DE ALGUMAS SESSÕES DE FISIOTERAPIA. SOLICITO 90 DIAS DE AFASTAMENTO.

CID: S697 TRAUM MULT DO PUNHO E DA MAO

CID: M170 GONARTROSE PRIM BILATERAL

Tercsina 03 de Agosto de 2017
Data ____/____/____

Dr. Tércio Daniel Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 38.34

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada.



Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12233443

A/C: RENATO SAMPAIO IRENE

Nº Sinistro: 3170361804
Vítima: RENATO SAMPAIO IRENE
Data do Acidente: 15/04/2016
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: RENATO SAMPAIO IRENE

Valor: R\$ 143,55

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 000009272-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis.

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome)

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 302.519.008/11

E-mail 19.06.17 Assinatura KLEUDA MONTEIRO DA SILVA NOGUEIRA Tel: 99439.904

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Atendente: KLEUDA MONTEIRO DA SILVA NOGUEIRA Matrícula: 315469003 Data: 19.06.17 Assinatura: KLEUDA MONTEIRO DA SILVA NOGUEIRA

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

VÍTIMA RENATO SIMÃO JACQUE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE 15.04.16 POSSUI CPF () SIM () NÃO Nº CPF 80.519.003-97

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS
() Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
() CPF do Representante Legal (cópia simples)
() Comprovante de residência do representante legal (cópia simples)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- () Laudo de invalidez do IML – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- () Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- (X) Comprovar das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- () nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de terceiro (cópia simples)
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (originais)
- () dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia simples

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo, junto ao INSS, ou declaração de dependência através da carteira de trabalho ou Alvará de matrícula (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS:**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependência através da carteira de trabalho ou Alvará de matrícula (cópia simples)
 - () Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge (original)
 - () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a) (original)
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____
Quem é o portador? (X) Vítima () Beneficiário () Representante Legal
E-mail _____
Data 14.04.16 Assinatura Kleuda Monteiro da Silva

RESPONSÁVEL PELO RIGORISMO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) _____
Atendente Kleuda Monteiro da Silva
Data 14.04.16



EMORTE
a () Sim () Não
O

simples)

ou comprovante c
Residência (origi
l), com document

ntificada: () Sim

ABERTURA MOI

ntes junto à Recei
al reconhecendo a

SAO BENEFICIAR
ntes junto à Receit:

o cônjuge

mplies)

de perador

Tel()

33511





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA KENATO SAMPAIO IRENE

DATA DO ACIDENTE 15/04/2016 POSSUI CPF () SIM () NÃO Nº CPF 200.579.203-97

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- () Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- (X) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- (X) Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- (X) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- (X) Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes, junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes, junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- DECLARAÇÃO DE CASAMENTO, com data atual (cópia simples)**
- DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (original), declarada pelo cônjuge**
- TERMO DE CONCILIAÇÃO (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge**
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- CERTIDÃO DE ÓBITO dos pais da vítima (cópia simples)**
- CERTIDÃO DE ÓBITO dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)**
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) KENATO SAMPAIO IRENE

Quem é o portador? (X) Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 200.579.203-97

E-mail

Data 18/02/2017 Assinatura Kleuda Monteiro da Silva Nogueira Tel: 86.199439.9006

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto)

Atendente Kleuda Monteiro da Silva Nogueira Matrícula 1869304

Data: 18/04/17 Assinatura: [Assinatura]

Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| 1- Emitente | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Sindicato <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Segurado ou dependente <input type="radio"/> Autoridade pública | | | | | |
| 2- Tipo de CAT | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Reabertura <input type="radio"/> Comunicação de óbito | | | | | |
| I - EMITENTE | | | | | |
| Empregador | | | | | |
| 3 - Razão Social / Nome | | | | | |
| JORGE JOSE DA SILVA MERCADORIAS | | | | | |
| 4- Tipo | | 5- CNAE | | 6 - Endereço - Rua/Av. | |
| <input checked="" type="radio"/> CGC/CNPJ <input type="radio"/> CEI <input type="radio"/> CPF <input type="radio"/> NIT 63.508.121/0002-40 | | 4754701 | | Rua Alvaro mendes 125 | |
| Complemento | | Bairro | CEP | 7 - Município | 8 - UF |
| | | centro | 64000-060 | Teresina | PI |
| 9 - Telefone | | | | | |
| Acidentado | | | | | |
| 10 - Nome | | | | | |
| RENATO SAMPAIO IRENE | | | | | |
| 11 - Nome da mãe | | | | | |
| CORINA COUTINHO DE SAMPAIO SILVA | | | | | |
| 12 - Data de Nascimento | | 13 - Sexo | | 14 - Estado Civil | |
| 05/02/1962 | | <input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino | | <input type="radio"/> Solteiro <input checked="" type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viúvo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Outro | |
| 15 - CTPS - Nº / Série / Data de Emissão | | 16 - UF | | 17 - Remuneração Mensal | |
| 27068 | | PI | | R\$ 938,70 | |
| 18 - Carteira de Identidade (RG) | | Data de Emissão | | Orgão Expedidor | |
| 444549 | | 17/10/1991 | | SSP | |
| 19 - UF | | 20 - PIS / PASEP / NIT | | | |
| PI | | 17018446110 | | | |
| 21 - Endereço - Rua / AV | | | | | |
| RUA MILCIADES LOPES | | | | | |
| Bairro | | CEP | 22 - Município | 23 - UF | 24 - Telefone |
| PRIMAVERA I | | 64003390 | TERESINA | PI | 86 9439-9002 |
| 25 - Nome da Ocupação | | | 26 - CBO (consulte CBO) | | |
| VENDEDOR | | | 521110 | | |
| 27 - Filiação à Previdência Social | | | 28 - Aposentado | | 29 - Áreas |
| <input checked="" type="radio"/> Empregado <input type="radio"/> Tra. Avulso <input type="radio"/> Seg. especial <input type="radio"/> Médico Residente | | | <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não | | <input checked="" type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural |

quebra de página



18/05/2016

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - Formulário

| | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|--|
| Acidente ou Doença | | | | |
| 30 - Data de Acidente 15/04/2016 | 31 - Hora do Acidente 18:20 | 32 - Após quantas horas de trabalho? 08 | 33 - Tipo <input type="radio"/> Típico <input type="radio"/> Doença <input checked="" type="radio"/> Trajeto | 34 - Houve afastamento? <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não |
| 35 - Último dia trabalhado 15/04/2016 | 36 - Local do acidente VIA PUBLICA | 37 - Especificação do local do acidente Marechal C. Branco | 38 - CGC / CNPJ 63.508.121/0002-40 | 39 - UF PI |
| 40 - Município do local do acidente Teresina | | 41 - Parte do corpo mão direita | 42 - Agente causador atropelamento | |
| 43 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença O mesmo foi colhido por um automovel na Av. Marechal Castelo Branco, trajeto de retorno a sua residencia | | 44 - Houve registro policial? <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não | | |
| | | 45 - Houve morte? <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não | | |
| Testemunhas | | | | |
| 46 - Nome | | | | |
| 47 - Endereço - Rua / Av / n° / comp. | | | | |
| Bairro | CEP | 48 - Município | 49 - UF Selecione ▼ | Telefone |
| 50 - Nome | | | | |
| 51 - Endereço - Rua / Av / n° / comp. | | | | |
| Bairro | CEP | 52 - Município | 53 - UF Selecione ▼ | Telefone |
| Local e Data Teresina, PI 18/05/2016 | | Assinatura e carimbo Jorge José da Silva Mercadorias | | |

quebra de página

Jorge José da Silva
Titular

| II - ATESTADO MÉDICO deve ser preenchido por profissional médico | | | |
|--|--|--|--|
| Atendimento | | | |
| 54 - Unidade de Atendimento médico CLÍNICA SANDO ANÍMIO | | 55 - Data 15-04-16 | 56 - Hora |
| 57 - Houve internação <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não | 58 - Provável Duração do tratamento (dias) 90 (noventa) | | 59 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| Lesão | | | |
| 60 - Descrição e natureza da lesão Pavimento quebrado travou o carro (1) após refrear o veículo de trânsito, evoluindo com fratura do 5º Metacarpo (1). | | | |
| Diagnóstico | | | |
| 61 - Diagnóstico provável Fratura do 5º Metacarpo D | | 62 - CID-10 S62.3 | |
| 63 - Observações | | | |
| Local e Data Teresina, 23 de Maio de 2016 | | Assinatura e carimbo do médico com CRM Dr. Igor Damasceno A. Araújo ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 12.213/2015 | |
| III - INSS | | | |
| 64 - Recebida em | 65 - Código da unidade | 66 - Número do CAT | Notas: 1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal. 2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91. |
| 67 - Matrícula do Servidor | Assinatura do servidor | | |
| A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO | | | |



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 424209 - AGF CENTRO

TERESINA

- PI

CNPJ,....: 03825341000194 Tel.:
Ins Est.: 195063651

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente,.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF,.....: 09248608000104
Doc. Post,.....: 242413562
Contrato,....: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao,....: 62267655

Movimento,.: 18/07/2017 Hora,.....: 10:24:36
Caixa,.....: 82040802 Matrícula,.: 8003*****
Lancamento,.: 015 Atendimento: 00014
Modalidade,.: A Faturar ID Tiquete,.: 1330734871

| DESCRIÇÃO | QTD. | PREÇO(R\$) |
|--|-----------------|------------|
| SEGURO DPVAT ATE 30 | 1 | 21,75+ |
| Valor do Porte(R\$),..: | 21,75 | |
| Peso real (G),.....: | 20 | |
| CNPJ/CPF Remet.: 20057920397 | | |
| Nome Remetente,.: REANATO SAMPAIO IRENE | | |
| Endereco Remet,.: RUA Milcíades Lopes,3049 | | |
| Cont Endereco,.: - Primavera I | | |
| Cep Remetente,.: 64003-390 | | |
| Cidade Remet,....: TERESINA | | |
| UF Remet,.....: PI | | |
| POSTAL RESPOSTA DPV | 1 | 28,00+ |
| Valor do Porte(R\$),..: | 28,00 | |
| Cep Destino: | 20031-205 (R.J) | |
| Peso real (G),.....: | 80 | |
| OBJETO,.....: | DY18635409300 | |

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 49,75

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome:

RG:

Ass. Responsável,.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Os prazos de entrega poderão sofrer atrasos.

VIA-CLIENTE

SARA 7,7.00



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 424209 - AGF CENTES

TERESINA

CNPJ,....: 03825341000194 Tel.: -
Ins Est.: 195063651

- PI

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente,.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF,.....: 09248608000104
Doc. Post,.....: 261445123
Contrato,....: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao,....: 62267655

Movimento,....: 14/12/2017 Hora,.....: 11:03:55
Caixa,.....: 84317876 Matrícula,....: 2899*****
Lancamento,....: 013 Atendimento: 000006
Modalidade,....: A Faturar ID Tiquete,....: 1402493285

| DESCRIÇÃO | QTD. | PREÇO(R\$) |
|---|-------|------------|
| SEGURO DPVAT ATE 30 | 1 | 21,75+ |
| Valor do Porte(R\$)... | 21,75 | |
| Peso real (G)..... | 60 | |
| CNPJ/CPF Remet : 20057920397 | | |
| Nome Remetente,....: RENATO SAMPAIO IRENE | | |
| Endereco Remet,....: RUA Rua Milcíades Lopes,30 | | |
| Cont Endereco,....: 49 - Primavera | | |
| Cep Remetente,....: 64003-390 | | |
| Cidade Remet,....: TERESINA | | |
| UF Remet,.....: PI | | |
| POSTAL RESPOSTA DPV | 1 | 28,00+ |
| Valor do Porte(R\$)... | 28,00 | |
| Cep Destino: 20031-205 (RJ) | | |
| Peso real (G)..... | 60 | |
| OBJETO,.....: DY706497548BR | | |

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 49,75

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome:

RG:

Ass. Responsável,.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

De 24/11 a 31/12, devido aumento nos serviços
de encomendas, estão acrescidos 2 dias úteis
de tolerância no prazo de entrega.

VIA-CLIENTE

SARA 7.7.08



ECT - 2^o DIAS, DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 424 00 - AGF CENTRO

TERESINA - PI
CNPJ.....: 041800194 Tel.:
Ins Est.: 12063051

COMPROVANTE DO CLIENTE

.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
Che.....: 09/48606000104
Doc. Post.....: 238646672
Contrato.....: 9912280036 Cod. Adm.: 11205709
Cartao.....: 62267655

Movimento.: 19/06/2017 Hora.....: 10:21:30
Caixa.....: 81565863 Matricula.: 2899*****
Lancamento.: 011 Atendimento: 00007
Modalidade.: A Faturar ID Lique.: 1317004126

| DESCRIÇÃO | QTD. | PREÇO(R\$) |
|--------------|------|------------|
| SEGURO DPVAT | 1 | 21,75* |

Valor do Porte(R\$).....: 21,75
Peso real (G).....: 100
CNPJ/CPF Remet.: 20067920397
Nome Remetente.: RENATO SAMPAIO IRENE
Endereco Remet.: RUA Milciades Lopes,3049
Cont. Endereco.: Primavera
Cep Remetente.: 64003 390
Cidade Remet.: TERESINA
UF Remet.....: PI

| | | |
|---------------------|---|--------|
| POSTAL RESPOSTA DPV | 1 | 28,00* |
|---------------------|---|--------|

Valor do Porte(R\$).....: 28,00
Cep Destino: 20031-205 (RJ)
Peso real (G).....: 100

*OBJETO.....: DY1683781168R

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 49,75

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais.

Nome: RG:

Ass. Responsável.....

SEPV, POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Os prazos de entrega poderão sofrer atrasos.

VIA-CLIENTE SARA 7.7.07





CLÍNICA SANTO ANTÔNIO S/S

Rua Coelho Rodrigues, 2441 CEP 64000-080 Teresina-Piauí - Tel. 3222-8334 / 3222-3147 - Fax 3222-7737
adm@clinicasantoantonio.com

LAUDO RADIOLOGICO

No. Atend: 225652 Data: 15/04/2016

Paciente: RENATO SAMPAIO IRENE

Solicitante: IGOR DAMASCENO A ARAUJO

Convênio: UNIMED TERESINA

Exame: 0028-RX MAO "D" EM 02 PLANOS

CONCLUSÃO:

FRATURA COM DESVIO DA BASE DO 5º METACARPIANO

Teresina(PI), 19 de Abril de 2016



Dr. Carlos Augusto Moura Fé
Radiologista
CRM 1341-PI

