



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
<b>RENATO SAMPAIO IRENE (AUTOR)</b>	<b>KLEUDA MONTEIRO DA SILVA NOGUEIRA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
83534 18	13/02/2020 11:22	<a href="#"><u>Petição Inicial</u></a>	Petição Inicial
83534 38	13/02/2020 11:22	<a href="#"><u>PROCURAÇÃO</u></a>	Procuração
83536 44	13/02/2020 11:22	<a href="#"><u>COMPROVANTE DE ENDEREÇO</u></a>	Comprovante
83536 48	13/02/2020 11:22	<a href="#"><u>DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO</u></a>	Documentos
83536 53	13/02/2020 11:22	<a href="#"><u>DOCUMENTOS COMPROBATORIOS 01</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
83536 58	13/02/2020 11:22	<a href="#"><u>DOCUMENTOS COMPROBATORIOS 02</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
83536 60	13/02/2020 11:22	<a href="#"><u>DOCUMENTOS COMPROBATORIOS 03</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

**EXCELENTEÍSSIMO 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 transito 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 estiada, surgiu outro veículo que não soube identificar e que este teria provocado o acidente, pois desenvolvia alta velocidade, e que o empaque 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 infarto, 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 transito, 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 ÂNUA 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. Dêis. 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 – RESPONABILIDADE 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 acréscimos 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  
9963890 - (Lucasmor)

Kleuda  
Monteiro  
advocacia



**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE**

NOME: Renato Sampaio Irene

ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

RG: 444.549 CPF: 200.579.203-97

ENDEREÇO: Muciades Lopes, nº 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 estilos.

**PODERES:** Amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula *ad judicia 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 substabelecer 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

ECONOMIAS / CATEGORIAS / TIPO TARIFA  
 1 Residencial Normal

GRUPO: 5

LOCALIZAÇÃO: 005-00048-002075

HIDRÔMETRO: A05N190182

#### 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
<b>03/2018 (Atual)</b>	<b>Lido</b>	<b>1193</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>09/03/2018</b>

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 seguintes tributos: PIS e COFINS.

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

#### LEI 12.741/2012

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

COFINS = 77,85 \* 7,60% = 5,91

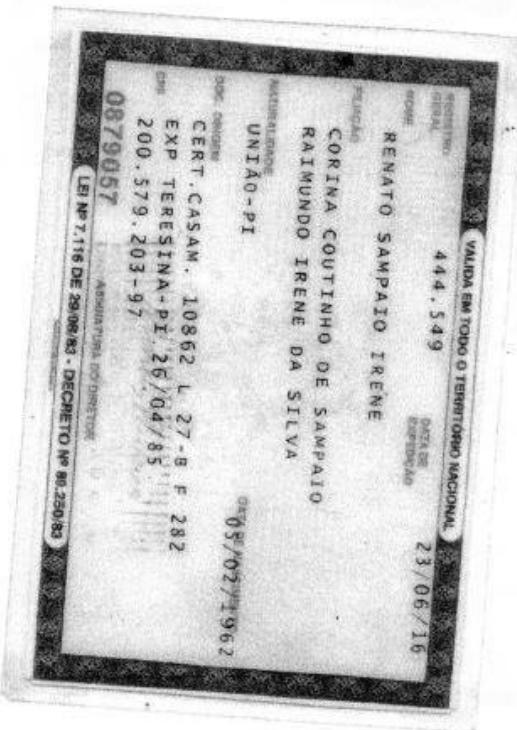
#### \*\*\* NOTIFICAÇÃO \*\*\*

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	MÉDIA/MÊS	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	Interior a 15,00
Ph	3.639	3.233	406	6,45	6,00-9,50
Acididade	3.614	3.051	563	2,88	Interior a 5,00
			554	20	Ausência Ausente

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA/MÊS	VALOR PERMITIDO
Escherichia Coli	574	574	0	Ausência	Ausente





Assinado eletronicamente por: KLEUDA MONTEIRO DA SILVA NOGUEIRA - 13/02/2020 11:21:29  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021311212948600000007978343>  
Número do documento: 20021311212948600000007978343

Num. 8353648 - Pág. 1



Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

120 v. 1,0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 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

Data/Hora

15/04/2016 - 18:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

MORRO DA ESPERANÇA

Endereço

AV. MARECHAL CASTELO BRANCO, N°:

Complemento

Ponto de Referência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RENATO SAMPAIO IRENE[ 54 ANOS]

Tipo Enolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 444549

Mãe: CORINA COUTINHO DE SAMPAIO SILVA

Pal: RAIUMUNDO IRENE DA SILVA

Endereço: RUA- MILCIADES LOPES, N° 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

oO 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, SURGIU UM OUTRÓ 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 N° 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 Policia





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 RESSONANCIAS, QUE MOSTRA CONDROPATHIA 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 MÃO

CID: M170 GONARTROSE PRIM BILATERAL

Teresina 03 de Agosto de 2017  
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dr. Tércio Dantas M.D.U.P.  
Ortopedia & Traumatologia  
CRM-PI: 3836

### ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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



Assinado eletronicamente por: KLEUDA MONTEIRO DA SILVA NOGUEIRA - 13/02/2020 11:21:30  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021311212985700000007978348>  
Número do documento: 20021311212985700000007978348

Num. 8353653 - Pág. 2



Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2018

Carta n°: 12233443

A/C: RENATO SAMPAIO IRENE

Nº Sinistro: 3170361804  
Vitima: 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](http://www.seguradoralider.com.br)

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



## SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



### 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) 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

**VÍTIMA:** *Ronaldo Samuels* (RENE) **DATA DO ACIDENTE:** *15/04/2016* **Possui CPF?** ( ) SIM ( ) NÃO **Nº CPF:** *200.519.303-74*

### 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](http://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 receituários médicos (originals)
- 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 ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
- Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- Declaração de Cônjugue (original)
- 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 (cópia simples)
- Declaração 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 *300.519.303-91*
- E-mail: *l.monteiro@liderseguro.com.br*
- Data: *19.06.17*
- Assinatura: *Leandro Gonçalves*

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

- Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) *Dicas Clássicas*
- Atendente: *Dicas Clássicas*
- Data: *02.06.17*
- Assinatura: *Leandro Gonçalves*
- Matrícula: *3546903*



## SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

<p><input checked="" type="checkbox"/> MORTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE</p> <p><input type="checkbox"/> DAMS</p>	<p>VÍTIMA <u>RENATO SIMEÃO JECNE</u></p> <p>IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA</p>	<p>DATA DO ACIDENTE <u>15/04/16</u></p> <p>PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS</p> <p>POSSUI CPF <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Nº CPF <u>000.519.803-94</u></p>	<p>(<input type="checkbox"/> Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)</p> <p>(<input type="checkbox"/> CPF do Representante Legal (cópia simples)</p> <p>(<input type="checkbox"/> Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.</li> <li>- Para acompanhar o pedido de identificação, acesse <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.</li> <li>- Todos os documentos devem estar legíveis</li> </ul>
<p><b>DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)</p> <p>(<input type="checkbox"/> Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário</p> <p>(<input type="checkbox"/> Laudo de Invalidez do IMI – original ou cópia autenticada (<input checked="" type="checkbox"/> Sim) (<input type="checkbox"/> Não</p> <p>(<input type="checkbox"/> Declaração de Ausência de Laudo do IMI, junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IMI.</p> <p>(<input type="checkbox"/> Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário</p> <p>(<input type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples)</p> <p>(<input type="checkbox"/> 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), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)</p>				
<p><b>DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS</b></p> <p>(<input type="checkbox"/> Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada (<input checked="" type="checkbox"/> Sim) (<input type="checkbox"/> Não</p> <p>(<input type="checkbox"/> Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)</p> <p>(<input type="checkbox"/> Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibitários médicos (originais)</p> <p>(<input type="checkbox"/> Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário</p> <p>(<input type="checkbox"/> Documento de identificação da vítima (cópia simples)</p> <p>(<input type="checkbox"/> 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)</p> <p>(<input type="checkbox"/> Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)</p>				
<p><b>DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS</b></p> <p><b>BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPÓSA)</b></p> <p>(<input type="checkbox"/> Declaração de Casamento com data atual (cópia simples)</p> <p><b>BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)</b></p> <p>(<input type="checkbox"/> Declaração de Companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependência através da carteira de trabalho ou Alvará JI (cópia simples)</p> <p><b>BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBO:</b></p> <p>(<input type="checkbox"/> Declaração judicial que reconheça a união estável (cópia simples)</p> <p>(<input type="checkbox"/> Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)</p> <p>(<input type="checkbox"/> Declaração de Separação de Fato (original), declarata pelo cônjuge</p> <p>(<input type="checkbox"/> Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a)</p> <p><b>BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A)) OU NETO(A)</b></p> <p>(<input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros (original)</p> <p><b>BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)</b></p> <p>(<input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros (original)</p> <p><b>BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMAO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO (A))</b></p> <p>(<input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros (original)</p> <p>(<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)</p> <p>(<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)</p> <p>(<input type="checkbox"/> Outros Documentos apresentados:</p>				
<p><b>PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO</b></p> <p>Portador da documentação (Nome) _____</p> <p>Quem é o portador? <input checked="" type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Beneficiário <input type="checkbox"/> Representante Legal</p> <p>E-mail _____</p> <p>Data <u>14/12/16</u> Assinatura <u>Melissa Gómez</u></p>				
<p><b>RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO</b></p> <p>Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) <u>Centro</u></p> <p>Atendente <u>Melissa Gómez</u></p> <p>Data: <u>14/12/16</u></p>				



E MORTE  
a ( ) Sim ( ) Não  
O

simples)

do comprovante de  
Residência (origi-  
n), com document

lidade: ( ) Sim

DEBERTURA MOI

ntes junto à Receit  
a) reconhecendo a

I) SÃO BENEFICIÁR  
ntes junto à Receit.

o cônjuge

mples)

= do portador  
Tel. ( )

tricula 2251



inicia em

:confirmem

)  
al, ou  
stável  
)  
al ou



## SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



### 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)

### ( MORTE) INVALIDEZ PERMANENTE ( DAMS)

#### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA RENATO Sampaio TRENTE

DATA DO ACIDENTE 15/04/2016 POSSUI CPF ( SIM) ( NÃO) Nº CPF 800.579.203-97

#### 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 da 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 072 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,

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 receituários médicos (originals)

( 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 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 receituários médicos (originals)

( 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)

#### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Renato Sampaio TRENTE

Quem é o portador? ( Vítima) ( Beneficiário) ( Representante Legal - CPF do portador 800.579.203-97)

E-mail 18/07/2017

Data Assinatura Renato Sampaio Tren

#### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Autorização de pagamento

Atendente Assinatura Renato Sampaio Tren

Matrícula 1869304

Data: 13/09/14



## Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT

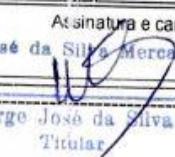
1- Emitente <input checked="" type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Sindicato <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Segurado ou dependente <input type="radio"/> Autoridade pública					
2- Tipo de CAT <input checked="" type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Reabertura <input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

quebra de página



18/05/2016

## CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - Formulário

<b>Acidente ou Doença</b>					
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 type="radio"/> Não		
<b>Testemunhas</b>					
46 - Nome					
47 - Endereço - Rua / Av / nº / comp.					
Bairro	CEP	48 - Município	49 - UF Selecionar ▾	Telefone	
50 - Nome					
51 - Endereço - Rua / Av / nº / comp.					
Bairro	CEP	52 - Município	53 - UF Selecionar ▾	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

CLÍNICO SANTO ANTONIO

55 - Data

15-05-16

56 - Hora

57 - Houve internação

 Sim  
 Não

58 - Provável Duração do tratamento (dias)

90 (nove)

59 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento?

 Sim  
 Não
**Lesão**

60 - Descrição e natureza da lesão

Painel quebrou traseiro no lado esquerdo após reforço desistir de trânsito, evolução com fratura aberta de 5-6mm (D).

**Diagnóstico**

61 - Diagnóstico provável

Fratura aberta de 5-6mm (D)

62 - CID-10

S62.3

63 - Observações

Dr. Igor Damasceno A. Arquio  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-SP 11.225-0  
CIRURGIA DE PESCOÇO E CINTURA

**Local e Data**

Teresópolis, 23 de Maio de 2016

Igor Damasceno Arquio

Assinatura e carimbo do médico com CRM

**III - INSS**

64 - Recebida em

65 - Código da unidade

66 - Número do CAT

## Notas:

1 - A inexatidão 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.

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO



ECI - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS  
Ag: 424209 - AGÊNCIA CENTRO

TERESINA - PI  
CNPJ.: 03825341000194 Tel.:  
Ins Est.: 195063651

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU  
CNPJ/CPF.....: 09248668000104  
Doc. Post.....: 242413562  
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709  
Cartao.: 62267655

Movimento.: 18/07/2017 Hora.....: 10:24:36  
Caixa.....: 82040802 Matricula.: 8803\*\*\*\*\*  
Lancamento.: 015 Atendimento: 08014  
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1330734871

DESCRÍÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATÉ 30	1	21,75*
Valor do Porte(R\$) .,:	21,75	
Peso Real (G).....:	20	
Cep/CTT Remet :	20057920397	
Nome Remetente.:	REANATO SAMPAIO IRENE	
Endereço Remet.:	RUA Milícias Lopes,3049	
Cont Endereço.:	- 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.....:	DY1863540398	

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 FATARAR

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 7,7,08 >



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

TERESINA  
CNPJ...: 03825341000194 Tel.: - PI  
Ins Est.: 195063651

COMPROVANTE DO CLIENTE

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

Movimento...: 14/12/2017 Hora.....: 11:03:55  
Caixa....: 84317876 Matricula...: 2899\*\*\*\*\*  
Lancamento.: 013 Atendimento: 00006  
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1402493285

DESCRÍÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATÉ 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 Milcides 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.....: DY7064975488R		

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 FATARAR  
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 - E. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS  
Ag: 424-00 AGF CENTRO

TERESINA - PI  
CNPJ.: 05.418800194-11  
Ins Est.: 105063051

COMPROVANTE DO CLIENTE

CPF.....: SEGURODA LIDER CONSOR SEGU  
CNPJ.....: 09248608000104  
Doc. Post.....: 238646672  
Contrato...: 99122840735 Cod. Adm.: 11205708  
Cartao...: 52267655

Movimento.: 19/06/2017 Hora.....: 10:21:30  
Caixa.....: 81585-63 Matricula.: 2899444444  
Lancamento.: 011 Atendimento: 00007  
Modalidade.: A Faturar ID Fiqueite.: 13170004126

DESCRICA	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO DPVA	1	21,75
Valor do Porte(R\$)...	21,75	
Peso real (G).....	100	
CNPJ/CPF Remet	200857920397	
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.....	10Y1683781168R	

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 FATARAR

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 7,7,07





## LAUDO RADOLÓGICO

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



Assinado eletronicamente por: KLEUDA MONTEIRO DA SILVA NOGUEIRA - 13/02/2020 11:21:31  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021311213083000000007978355>  
Número do documento: 20021311213083000000007978355

Num. 8353660 - Pág. 1