
Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094047

Vítima: JOAO DA CRUZ SILVA

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO DA CRUZ SILVA

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, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094047

Vítima: JOAO DA CRUZ SILVA

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO DA CRUZ SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094047

Vítima: JOAO DA CRUZ SILVA

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO DA CRUZ SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOAO DA CRUZ SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003887

Conta: 0000018256-0

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 SUPLEMENTAR) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASU: 713.423.383-91 3 - CPF da vítima: 713.423.383-91 4 - Nome completo da vítima: JOÃO DA CRUZ SILVA

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

5 - Nome completo: JOÃO DA CRUZ SILVA 6 - CPF: 713.423.383-91 7 - Profissão: TRAB. RURAL 8 - Endereço: PL. FARMAL 9 - Número: 314 10 - Complemento: RURAL 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: VALENÇA 13 - Estado: PIAUI 14 - CEP: 63000-000 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00 ☐ RECURSO INFORMAR ☒ SEM RENDA

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3887 CONTA: 00018256 (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.

22 - 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.

Peio 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso aceita, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos os 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.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, VALENÇA DO PIAUI 03/02/2020

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.001153/2019-61

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Antonio Alcione Gonçalves De Moura

Data/Hora: 15/11/2019 - 11:45

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

26/10/2019 - 22:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

VICINAL QUE LIGA O POVOADO PALMEIRINHA AO POVOADO ISIDÓRIA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

POVOADO SÃO JOAQUIM

579874
579876-D

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOÃO DA CRUZ SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1147625 SSP/PI

Mãe: MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA

Pai: SATURNINO LEÔNICIO DA SILVA

Endereço: POVOADO FUMAL, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. CG 150

2004 LVY9104 9C2KC08104R023600

825653819

Preta

Condutor: JOÃO DA CRUZ SILVA

End: POVOADO FUMAL Número: Complemento:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro:

Proprietário: ANTONIO RUDANNILDO ARAÚJO QUADRO

Cidade: ÁGUA BRANCA UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

NOTICIA A ESTA DP, QUE NO DIA, HORA E LOCAL MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTO EM TELA, QUANDO REPENTINAMENTE PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DO VEÍCULO E CAIU; QUE NA QUEDA SOFREU LESÃO NA REGIÃO CRANIANA, ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS MÉDICOS DE RECUPERAÇÃO NO HOSPITAL REGIONAL DE VALENÇA DO PIAUÍ, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ANEXO; QUE A CIDADE NÃO DISPÕE DE IML. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Antonio Alcione Gonçalves De Moura - Mat.
AGENTE DE POL

JOÃO DA CRUZ SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacery Kelko Leal Parolho
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 15 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3887 CONTA: 00018256

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 Lider 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou patrimônio (valores)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso venha a indenizar o Seguro DPVAT por morte à(s) vítima(s) beneficiário(s) 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.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA**

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0267795

Data: 26/10/2019

Funcionário: ELDER

Registro: 2570

Hora: 22:54:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 86**SUS****JOÃO DA CRUZ SILVA**

Nasc.: 13/12/1969 Idade: 49 ANOS, 10 MESES, 13

Profissão:

End.: PALMEIRINHA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cor: PARDA Telefone: (89) 9466-5781

Mãe: MARIA DAS GRACAS SILVA

CPF: 71342338391 - RG: 1147625 - SUS: 123728977310007

Civil:

CEP: 64300-000

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Pai: SATURNINO LEONCIO DA SILVA

Clínica: CLÍNICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTÂNEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

Paciente, 49 anos, vítima de trauma por queda de altura, com lesão no membro superior direito.

Glaucos: 1.5

Exames Complementares:

CA 130/70

Hora: ____:____

☐ Internação**Diagnóstico provável:**

Trauma

Prescrição Médica:**Anotações da Classificação de Risco**

Hora: 22:52:40

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

Anamnese/História: TRAUMA (SIC)

Alergias: NAO**Medicação Usual:**

PA: 130X70 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT O2: 99%

Dor:

FC: 72 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Fernanda Ligia Maciel da Cruz
Enfermeira
COREN-PI 542.918

Conduta: ENC. MEDICO GERAL

1 - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência**Destino:**

Hora:
Dr. Rafael Barbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6067

JOÃO DA CRUZ SILVA
Paciente ou Responsável

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Médico Responsável

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: 23/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO DA CRUZ SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 000000018256-0

Nr. da Autenticação FDC501CC2B2245C8



Para consultar
conosco Informe
esse NÚMERO

SEU CÓDIGO

0369362-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 14.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: 28924611

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	29/10/2019	128	91,12

MARIA GESSI DA SILVA SANTANA
PV FUMAL Ø MARGEM DIREITA - RURAL
CPF: 00078985781391
CEP: 64.300-000 - VALENÇA DO PIAUÍ

ROT: 36.750.16.84.010300

DADOS DA LEITURA	KWH	DATAS DA LEITURA
Atual:	17188	Atual: 22/10/2019
Anterior:	17060	Anterior: 20/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 21/11/2019
Consumo Medido:	128	Emissão: 21/10/2019
Consumo Faturado:	128	Apresentação: 22/10/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A386447		1.4.1.1	105

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
SET/19 105	CONSUMO 30 A R\$ 0,297674 = 8,93
AGO/19 120	70 A R\$ 0,510296 = 35,72
JUL/19 120	28 A R\$ 0,765430 = 21,43
JUN/19 88	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 13,00
MAI/19 100	DIFERENÇA DE TARIFA 42,78
ABR/19 88	SUBVENCAO BAIXA RENDA 30,74-
MAR/19 79	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,76
FEV/19 105	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,92
JAN/19 96	
DEZ/18 124	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 50 - 0,313644
51 A 100 - 0,320287
101 A 125 - 0,549071

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Não pode obter pelas datas de vencimento da sua fatura nos dias - 5, 10, 15, 20 ou 25, assim como também por meio das mensagens de vencimento.

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
A6E7.E03B.15DC.A0F7.70F6.41F1.6E3C.3025					
Distribuição:	22,89	Base de Cálculo:	108,86		84,91
Energia:	44,20	Alíquota ICMS:	22,00%		
Transmissão:	7,47	Valor do ICMS:			23,94
Encargos:	3,66	Valor do PIS:	1,40%		1,19
Tributos:	30,64	Valor do COFINS:	6,49%		5,51

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DNOC	JKRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	NOVO ORIENTE						Período de apuração:	08/2019
							EUSD:	23,04

equatorial
ENERGIA

Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.540.789/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-8)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 04/98

Nº da Nota Fiscal 32180229

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (kWh)

125

TOTAL A PAGAR (R\$)

86,88

CONTA MÊS

JANEIRO/2020

VENCIMENTO

10/01/2020

ODILIA MARIA FERREIRA DE SOUSA
R. ANTONIO LUIZ 1180 AMANDO LIMA - AMANDO LIMA
CPF: 00018513562823
CEP: 64.300-000 - VALENCA DO PIAUI

ROT: 24.750.04.02.055500

DADOS DA LEITURA

Atual: 27669
Anterior: 27544
Consumo Medido: 1,000
Consumo Faturado: 125

DATAS DA LEITURA
Atual: 03/01/2020
Anterior: 04/12/2019
Próxima Leitura: 04/02/2020
Emissão: 02/01/2020
Apresentação: 03/01/2020
Dias de Consumo: 30

Forma de Pagamento: NORMAL

Código de Irregularidade:

RESID. BX. RENDA

MONO

Ligação

A467836

Código Rec. Média 12 meses
1.4.1.1 141

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo
DEZ/19 140
NOV/19 145
OUT/19 131
SET/19 143
AGO/19 134
JUL/19 139
JUN/19 165
MAI/19 141
ABR/19 15
MAR/19 105

CONSUMO

30 A R\$ 0,281264 = 8,43
70 A R\$ 0,482153 = 33,75
25 A R\$ 0,723238 = 18,08
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 13,00
DIFERENÇA DE TARIFA 40,18
SUBVENCAO BAIXA RENDA 0,61
CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00 1,81
MULTA POR ATRASO 11/19-00 1,12
JUROS POR ATRASO 11/19-00 0,46
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA

TARIFA COM TRIBUTOS:
0 A 30 - R\$ 8,43
31 A 70 - R\$ 33,75
71 A 100 - R\$ 18,08
101 A 125 - R\$ 13,00

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
12/2019 100,12

Informamos existirem débitos vencidos no valor de R\$ 100,12. São acrescidos juros até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenham sido pagos, procurar uma loja de atendimento da Equatorial Energia com o(s) comprovante(s) de pagamento.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 70F5.F7C7.9666.F7AC.B91A.AF25.A802.6F6D
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição: 22,01
Energia: 42,50
Transmissão: 7,19
Encargos: 3,51
Tributos: 25,23

Base de Cálculo: 100,44
Alíquota ICMS: 22,00%
Valor do ICMS: 22,09
Valor do PIS: 0,71%
Valor do COFINS: 3,20%
78,35
0,56
2,58

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC				FIC		COM	
Mensal	Trimestral	Parcial	Manual	Trimestral	Anual	Mensal	Anual

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221 1204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29638>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção a 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 COAF**².

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 penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GIVALDO DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF 972.574.783-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOÃO DA CRUZ SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.423.383-91 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Viagem de JOÃO DA CRUZ SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.423.383-91, 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	Número	Complemento
<u>RUA ANTONIO LUIS</u>	<u>1080</u>	<u>URBANO</u>
Bairro	Cidade	Estado
<u>Amoroso Lima</u>	<u>VALERIA</u>	<u>PAU</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>givaldo.nascimento@yahoo.com.br</u>	<u>89/999316611</u>	

VALERIA-03 de FEVEREIRO de 2020
Local e Data

Givaldo do Nascimento
Assinatura do Declarante

RECEITUÁRIO

João da Cruz Silva

Dr. Helder Antonio M. Oliveira
Médico
CRM 2640
CPF 497.268.133-72

Intervenção de acidente de trânsito (SIC)
dia 26/10/2019, ao exame: Traumatismo
de região temporal direita com lesão costal
contusa, local; Traumatismo de ombro
direito com subluxação local, resco-
vados, Traumatismo de joelho direito, ag-
tense, agudo, resco. Sendo submetido
a tratamento conservador, após trata-
mento dia 27/01/20, com redução da
bordada de funil do ombro direito, no
momento de exame, de operando.
32r.

Valença P. 03/02/20

Dr. Helder Antonio M. Oliveira
Médico
CRM 2640
CPF 497.268.133-72

CRM 2640



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369
HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)
Atendimento: P0267795
Data: 26/10/2019
Funcionario: ELDER
Senha 86
Registro: 2570
Hora: 22:54:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

JOAO DA CRUZ SILVA

Nasc.: 13/12/1969 Idade: 49 ANOS, 10 MESES, 13 Profissão: Civil: CEP: 64300-000
End.: PALMEIRINHA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: **VALENCA DO PIAUI/PI**
Cor: PARDA Telefone: (89) 9466-5781 Mãe: MARIA DAS GRACAS SILVA Pai: SATURNINO LEONCIO DA SILVA

Clinica: **CLINICA GERAL** Demanda: DEMANDA ESPONTANEA Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

- 0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA
- 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

*paciente, 43 anos, vítima trauma mecânico
na cabeça com hemorragia
GLA 120/80*

Hora: ____:____
☐ Internação

Exames Complementares:

CA 130/70

Diagnostico provavel:

Trauma

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco Hora: 22:52:40

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

Alta/História: TRAUMA (SIC)

Alergias: NAO

Medicação Usual:

PA: 130X70 mmHg TAX: 0% FR: 0 mrpm SAT 02: 99% Dor:
FC: 72 bpm Glicemia: 0 mg/dl Peso: 0 kg ECG: 0

Observação:

Fernanda Ligia Maciel da Cruz
Enfermeira
COREN-PI 542.918

Conduta: ENC. MEDICO GERAL

1 - HOSPITAL REGIONAL EUSTAQUIO PORTELA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino: Hora: *Dr. Rafael Barbosa Vieira*
Médico
CRM-PI 6067

João da Cruz Silva
JOAO DA CRUZ SILVA
Paciente ou Responsável

Rafael Barbosa Vieira
6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Médico Responsável

DECLARAÇÃO NÃO INTERNADO

Declaro para os devidos fins, que o(a) Sr(a) **JOÃO DA CRUZ SILVA**, deu entrada no pronto socorro do Hospital Regional Eustáquio Portela de Valença do Piauí, no dia **26/10/2019** vítima de acidente de motocicleta, politraumatizado, com lesão corto contusa em ombro direito, não sendo necessário internação do mesmo.

Conforme laudo em anexo.

Valença do Piauí, 09 de Março de 2020.



Márcio Antônio M. Oliveira
CRM 191.200-22/22



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0267795

Data: 26/10/2019

Funcionário: ELDER

Registro: 2570

Hora: 22:54:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 86

JOAO DA CRUZ SILVA

Nasc.: 13/12/1969 Idade: 49 ANOS, 10 MESES, 13

Profissão:

CPF: 71342338391 - RG: 1147625 - SUS: 123728977310007

Civil:

CEP: 64300-000

End.: PALMEIRINHA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Cor: PARDA Telefone: (89) 9466-5781

Mãe: MARIA DAS GRACAS SILVA

Pai: SATURNINO LEONCIO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

Paciente, 49 anos, vítima de trauma por queda de altura, com lesão no membro superior direito.

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Exames: 1)

RA 130/20

Diagnostico provavel:

Trauma

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 22:52:40

Prioridade:

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

Pré-História/História: TRAUMA (SIC)

Alergias: NAO

Medicação Usual:

PA: 130X70 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT 02: 99%

Dor:

FC: 72 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Fernanda Ligia Maciel da Cruz
Enfermeira
COREN-PI 542.918

Conduta: ENC. MEDICO GERAL

1 - HOSPITAL REGIONAL EUSTAQUIO PORTELA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia

Destino:

Hora:

Dr. Rafael Barbosa Vieira
Médico

CRM-PI 6067

JOAO DA CRUZ SILVA

Paciente ou Responsável

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Médico Responsável

RECEITUÁRIO

NOME

João da Cruz Silva

Dr. Helder Antonio M. Oliveira
Médico
CRM-2840
CPF 497.268.133-72

Lesão traumática de acidente de trânsito (SIC)
dia 26/10/2019, ao exame: Traumatismo
de região temporal direita com lesão cont.
contusa, local; Traumatismo de ombro
direito direito com subluxação local resco-
urável; Traumatismo de joelho direito, in-
tense, algia, escarificável; sendo submetido
a tratamento conservador, após o trata-
mento dia 27/01/20, com redução da
boqueadura funcional do ombro direito, no
momento de exame, de opressão de
30°.

Valença, 03/02/20

Dr. Helder Antonio M. Oliveira
Médico
CRM-2840
CPF 497.268.133-72

CRM 2007

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.147.625 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/09/18

NOME JOÃO DA CRUZ SILVA

FILIAÇÃO MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA
SATURNINO LEÔNICIO DA SILVA

NATURALIDADE VALENÇA DO PIAUI-PI DATA DE NASCIMENTO 13/12/1969

DOC. CRISEI CERT. NASC. 51422 L 117 F 225V

CPF EXP VALENÇA DO PIAUI-PI 713.423.383-91

ASSINATURA DO TITULAR *Francisco das Chagas Pinheiro Martins*

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63 DECRETO Nº 69.200/93



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

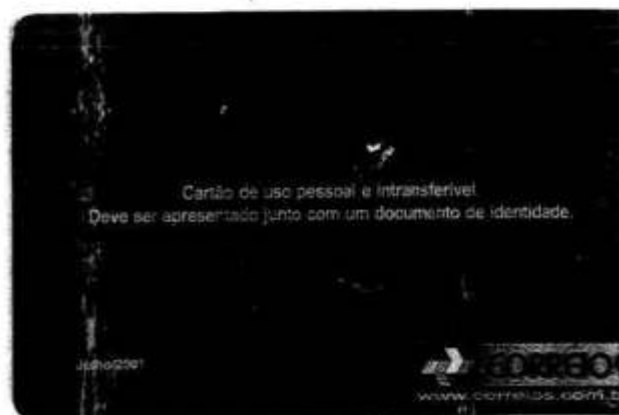
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DIUS MARTINS"





x João da Cruz Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.112.027	DATA DE EXPEDIÇÃO	26/03/14
NOME GIVALDO DO NASCIMENTO			
FILIAÇÃO ESMERALDA MARIA DO NASCIMENTO SANTIAGO			
NATURALIDADE	VALENÇA DO PIAUI-PI	DATA DE NASCIMENTO	01/11/1980
DOC. ORGEM			
CERT. CASAM. 2623 L 7B F 150V			
EXP VALENÇA DO PIAUI-PI 13/07/12			
TERESINA - PI			
972.574.783-68		ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Givaldo do Nascimento
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 9050746387
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

2991 VIA COD REG 000028070 RENTRO EXERCÍCIO
82d0
533b 1 825653819 2010
a39c
4e6f
124c
1354
aabe
5238
d604
0411

ANTONIO RUDANILDO ARAUJO QUADRO
S

75152177315

LVY-9104

PLACA ANT/UF

CHASSI

9C2KC08104R023600

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PLACA/OTOC/OT/OT/OT/OT

MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 TITAN KS

2004

2004

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

02P/0149CC

PARTIC

PRETA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC/COTAS

I
P
V
A

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

1ª IPVA

2ª

3ª

PAGO

00000000

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IDF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESTRICOES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

AGUA BRANCA

LOCAL

DATA

29/04/2011

TIPO DE IVA E CONCELLOS

DIRET. GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PRESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PINº 9050746387

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2010
PLACA LVY-9104
CPF / CNP 75152177315

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PINº 9050746387

EXERCÍCIO 2010

DATA EMISSAO 29/04/2011

VIA CPF / CNP 75152177315 PLACA LVY-9104

RENALAM 825653819 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS
ANO FAB 2004 CAT TARE Mº CHASSI 9C2KC08104R023600

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
114,36	012,70	127,06
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA
003,90	000,98	259,04
PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO	
☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO	28/04/2010	

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

0101-230

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075009/20

Vítima: JOAO DA CRUZ SILVA

CPF: 713.423.383-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/10/2019

Titular do CPF: JOAO DA CRUZ SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GIVALDO DO NASCIMENTO : 972.574.783-68

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

JOAO DA CRUZ SILVA : 713.423.383-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/03/2020
Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO
CPF: 972.574.783-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

GIVALDO DO NASCIMENTO

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094047 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DA CRUZ SILVA **Data do acidente:** 26/10/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P3)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @ P3

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094047 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DA CRUZ SILVA **Data do acidente:** 26/10/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P3)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @ P3

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

NOME COMPLETO: JOAO DA CRUZ SILVA		RG: 1.147.625	ÓRGÃO EMISSOR: SSP/PI
CPF: 713.423.383-91			Nº: SIN
ENDEREÇO: RUA PALMEIRINHA	CEP: 64.300.000	COMPLEMENTO: MURBANO	
BAIRRO: ZONA RURAL	TEL(DDD): (89) 99467 8974		
CIDADE/UF: VALENÇA DO PIAUÍ			

OUTORGADO

NOME COMPLETO: GILVALDO DO NASCIMENTO		RG: 2.172.027	ÓRGÃO EMISSOR: SSP/PI
CPF: 932.574.783-68			Nº: 1180
ENDEREÇO: RUA ANTONIO LUIS	CEP: 64.300.000	COMPLEMENTO: MURBANO	
BAIRRO: AMANDA LIMA	TEL(DDD): (89) 99931 6677		
CIDADE/UF: VALENÇA DO PIAUÍ			

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e infirm praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO DPVAT**, referente à vítima e dados abaixo:

VÍTIMA: JOAO DA CRUZ SILVA	CPF: 713.423.383-91
NATUREZA: INVALIDAÇÃO	ACIDENTE OCORRIDO DIA: 26/10/2019

João da Cruz Silva

Assinatura do Outorgante

(Reco: hecer por Autenticidade)

Valença do Piauí / 14/11/2019

Local e Data



2ª Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI

Rua Eurípedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 2465-1171



RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOAO DA CRUZ SILVA, DOU FE, EM TEST. 14/11/2019, VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 14/11/2019.
Emol.: 3,85 TST: 7,7 PMP: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 Selo: abt. 69592 (F180P33)

João da Cruz Silva

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa
Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075009/20

Número do Sinistro: 3200094047

Vítima: JOAO DA CRUZ SILVA

CPF: 713.423.383-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/10/2019

Titular do CPF: JOAO DA CRUZ SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/03/2020

Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO

CPF: 972.574.783-68

GIVALDO DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2020

Nome: Paula Vargens Mendes da Costa

CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075009/20

Vítima: JOAO DA CRUZ SILVA

CPF: 713.423.383-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/10/2019

Titular do CPF: JOAO DA CRUZ SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GIVALDO DO NASCIMENTO : 972.574.783-68

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

JOAO DA CRUZ SILVA : 713.423.383-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/03/2020
Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO
CPF: 972.574.783-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

GIVALDO DO NASCIMENTO

Ozeas Chaves Vieira Junior