

Controle de docum x Audiências x Upload x Consulta processo: x 0800666-52.2020.8.18.0078 x Merge PDF files onl x WhatsApp x

tpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=538973&ica=9b8c439d43bcd9dc752d2d8603... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... Questões de conc...

Pje ProceComCiv 0800666-52.2020.8.18.0078
JOAO DA CRUZ SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DP...

11326277 - CONTESTAÇÃO (2743562 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 14/08/2020 13:44:26

14 Aug 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 11326273 - CONTESTAÇÃO
 - 11326277 - CONTESTAÇÃO (2743562 CONTESTACAO 01)
 - 11326279 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 11326281 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11326283 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11326284 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

05 Aug 2020

EXPEDIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS.

downloadBinario.seam 1 / 10

2743562- C3/2020-03031/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE VALENCA DO PIAUI/PI

Processo: 08006665220208180078

Ativar o Windows
Ativar o Windows.
Ativar o Windows.
Ativar o Windows.
Exibir todos

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+proc adm.pdf

13:44 14/08/2020



Número: **0800666-52.2020.8.18.0078**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Cível da Comarca de Valença do Piauí**

Última distribuição : **29/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO DA CRUZ SILVA (AUTOR)		ANTONIO HELDER IZIDORIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11326 279	14/08/2020 13:44	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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,

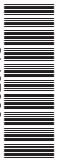
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15566426

Pag. 01495/01496 - carta_01 - INVALIDEZ

00020748





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 00389/00400 - carta_03 - INVALIDEZ

00050200



Carta nº 15570423





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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 do ASL: 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. FUNAL 9 - Número: 314 10 - Complemento: RURAL 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: VALÇA 13 - Estado: PIAUI 14 - CEP: 44300-000 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 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00 ☒ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3887 CONTA: 00018256 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 FAUDO 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.

Peço 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 do 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 LIDER pagará, caso aceita, a indenização do 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:

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

504 v. 1.1

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 LEÔNIO 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

Lacey Keiko Leal Parreira
Delegada Geral de 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: 713.423.383-91 4 - Nome completo da vítima: JOAO 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: JOAO DA CRUZ SILVA 6 - CPF: 713.423.383-91
7 - Profissão: TRAB. RURAL 8 - Endereço: PV. FUNDAL 9 - Número: 314 10 - Complemento: RURAL
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: VALPARAÍSO 13 - Estado: PR 14 - CEP: 41300-000
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: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3887 CONTA: 00018756 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 ☐ Separação Judicial ☐ Viúvo 24 - Data da 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 herdeiros (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 Lider pagará, caso julvica, a indenização do 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: VALPARAÍSO, 03/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

Registro: 2570
Hora: 22:54:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 86

SUS

JOAO 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: VALENCA DO PIAUI/PI
Pai: SATURNINO LEONCIO DA SILVA

Clínica: 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 trauma mecânico
na região da cabeça e pescoço.

Exames Complementares:

GLICÉRIA: 1,5
CA: 130 mg/dl

Hora: ____:____

☐ Internação

Diagnostico provavel:

Trauma

Prescrição Médica:

Hora: 22:52:40

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

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

Diagnóstico/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 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



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
conceda Informe
esse NÚMERO

SEU CÓDIGO

0369362-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
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 - MARGEM DIREITA - RURAL
CPF: 00078985781391

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 Médio:	128	Emissão: 21/10/2019
Consumo Faturado:	128	Apresentação: 22/10/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 32

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	

TARIFAS SEM TRIBUTOS:
0 A 50 - 0,213644
51 A 100 - 0,365307
101 A 128 - 0,543871

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0301 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Já o dia 21/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO A6E7.E03B.15DC.A0F7.70F6.41F1.6E3C.3025					
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$		
Distribuição:	22,69	Base de Cálculo:	108,86		34,91
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		DNIC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral
Limite	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35
Realizado	0,00			0,00	
Conjunto	NOVO ORIENTE		Período de apuração:	08/2019	EUSO: 23,04



equatorial
ENERGIA

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Calafate, 730 - Centro/Sui - Teresina-PI
CNPJ: 06.640.746/0001-89 (Insc. Estadual: 14.301.383-8)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ-PA-98

Para contestar
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

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

CONTAS EM VENCIMENTO
JANEIRO/2020 10/01/2020

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

ROT: 24.750.04.02.055500

DADOS DA LEITURA
Atual: 27669
Anterior: 27544
Consumo Medido: 1.000
Consumo Faturado: 125
Forma de Faturamento: NORMAL
Código de Irregularidade: 141

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

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A467836		1.4.1.1	141
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo	CONSUMO				
DEZ/19	140	30 A R\$	0,281264 =	8,43	
NOV/19	145	70 A R\$	0,482153 =	33,75	
OUT/19	131	25 A R\$	0,723238 =	18,08	
SET/19	143			13,00	
AGO/19	134			40,18	
JUL/19	139			30,10	
JUN/19	165			0,61	
MAI/19	141			1,81	
ABR/19	15			1,12	
MAR/19	105				
DESCRICAÇÃO DA CONTA					
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)				0,96	
DIFERENÇA DE TARIFA					
SUBVENCAO BAIXA RENDA					
CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00					
MULTA POR ATRASO 11/19-00					
JUROS POR ATRASO 11/19-00					
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO		IMPOSTO DE RENDAS	
70F5.F7C7.9666.F7AC.R91A.AF25.A802.6F6D		100,44	78,35
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTO DE RENDAS - R\$	
Distribuição:	22,01	Base de Cálculo:	22,00%
Energia:	42,50	Valor do ICMS:	0,71%
Transmissão:	7,19	Valor do PIS:	3,20%
Encargos:	3,51	Valor do COFINS:	
Tributos:	25,23		
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
ETC	ETC	ETC	ETC
Manual	Manual	Manual	Manual
Transmissão	Transmissão	Transmissão	Transmissão
Cancel	Cancel	Cancel	Cancel



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221 (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/DORORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 773.423.383-91 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima JOÃO DA CRUZ SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 773.423.383-91 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
RUA ANTONIO LUIS		1080	URBANO
Bairro	Cidade	Estado	CEP
AMARANTO LIMA	VALPARAÍSO	PIAUÍ	64.309-000
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
givaldo.nascimento@yahoo.com.br	89/997316611		

VALPARAÍSO de FEVEREIRO de 2020
Local e Data

Givaldo do Nascimento
Assinatura do Declarante

OLDRL001 V001/2017





Clínica

Dr. Helder
Oliveira

Av. Prof. João Soares, 966 - Ceu.
VALENÇA DO PIAUÍ-PI
CNPJ: 04.015.067/0001-50

RECEITUÁRIO

João da Cruz Silva

Dr. Helder Antonio M. Oliveira
Médico
CRM 2640
CPF 497.260.133-72

Exame de acidente de trânsito (SIC)
dia 26/10/2019, ao exame: Traumatismo
de região temporal direita com lesão conto-
contusa, local; Traumatismo de ombro
direito direito com subluxação local, resco-
va local; Traumatismo de joelho direito, su-
perfície, região, contuso, sendo submetido
a tratamento conservador, após o trata-
mento dia 27/01/20, com redução da
bordada da fíbula do ombro direito, no
momento de exame, de oporunidade.
30r.

Valença, 03/02/20.

Dr. Helder Antonio M. Oliveira
Médico
CRM 2640
CPF 497.260.133-72

[Assinatura]
CRM 2640

Saúde é Vida

(89) 3465-2647 / 99997-3272



**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****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

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:

Hora: ____:____

☐ Internação

Paciente, 43 anos, vítima de trauma por queda de altura, com lesão no membro superior direito.

Gla. 100% (+)

CA. 130 mmHg

Exames Complementares:**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

Lesão/História: TRAUMA (SIC)

Alergias: NAO**Medicação Usual:**

PA: 130X70 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT O2: 99%

Dor:

FC: 72 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Fernanda Ligia Maciel da Cruz
Enfermeira
COREN-PI 542.918**Observação:****Conduta:** ENC. MEDICO GERAL1 - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
Enfermeiro Responsável**Dados da Alta**

Hora:

Dr. Rafael Barbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6067☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência Destino:JOÃO DA CRUZ SILVA
Paciente ou Responsável6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Médico Responsável

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 13:46:03

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081413442469600000010730171

Número do documento: 20081413442469600000010730171

Num. 11326279 - Pág. 14

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.



Ednan Soares Coutinho
CNPJ: 06.553.564/0011-00
Data: 09/03/2020



**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

Registro: 2570
Hora: 22:54:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 86

SUS

JOAO DA CRUZ SILVA

Nasc.: 13/12/1969 Idade: 49 ANOS, 10 MESES, 13 Profissão: CPF: 71342338391 - RG: 1147625 - SUS: 123728977310007
End.: PALMEIRINHA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Civil: CEP: 64300-000
Cor: PARDA Telefone: (89) 9466-5781 Mãe: MARIA DAS GRACAS SILVA Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI
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 mecânico
por colisão com veículo motorizado.
Gla. 13.000

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:**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: 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 2601
CPF 497.260.133-72

Prontidão de acidente de trânsito (S2C)
da 26/10/2019, ao exame: Traumatismo
de região temporal direita com lesão contu-
sionosa, local; Traumatismo de ombro
direito direito com subluxação local, resco-
necia; Traumatismo de joelho direito, res-
tense, algia, edematoso, sendo submetido
a tratamento conservador, após trata-
mento da 27/01/20, com redução da
boqueadura funcional do ombro direito, no
momento de exame, de oporandite.
30°.

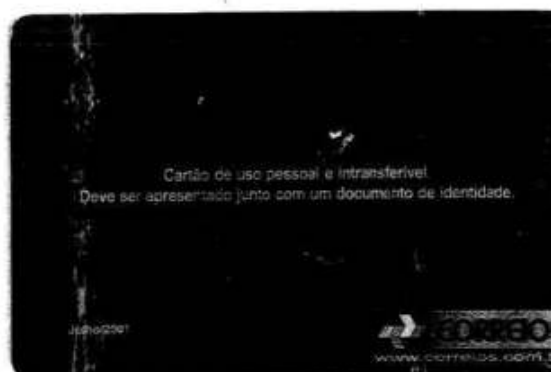
Valença, 03/02/20

Dr. Helder Antonio M. Oliveira
Médico
CRM 2601
CPF 497.260.133-72

Saúde e Vida

(89) 3465-2647 / 99997-3272





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. 000026070 RENTRO EXERCÍCIO
32d0
333b 1 825653819 2010
339c
4e6f
124c ANTONIO RUDANILDO ARAUJO QUADRO
1374 S
aabe
3f38
4604
0411

CPF/CNPJ 75152177315 PLACA LVY-9104

PLACA ANT./UF CHASSI 9C2KC08104R023600

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN KS 2004 2004

CAP/POT/CIL. CATEGORIA CCR PREDOMINANTE
02P/0149CC PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
I P 1º IPVA
V FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2º
A 00000000 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
SEM RESTRICÇÕES
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL DATA
AGUA BRANCA 29/04/2011

TIAGO RIBEIRO VAZ CONCELOS
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEU UPO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTADA OU NAO. SEGURO DPVAT

PINº 9050746387 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2010
CPF / CNPJ 75152177315 PLACA LVY-9104

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PINº 9050746387 EXERCÍCIO 2010 DATA EMISSÃO 29/04/2011

VIA CPF / CNPJ 75152177315 PLACA LVY-9104

RENAVAM MARCA / MODELO
825653819 HONDA/CG 150 TITAN KS
ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2004 9C2KC08104R023600

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 114,36 DENATRAM (R\$) 012,70 CUSTO DO SEGURO (R\$) 127,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 003,90 IOF (R\$) 000,98 COTA A SER PAGADA POR SEGURO 259,04

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 28/04/2010

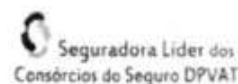
Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

067-2010



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			ÓRGÃO EMISSOR: SSP/PI
CPF: 713.423.383-91	RG: 1.147.625	Nº: 5141	
ENDEREÇO: PL. PALMEIRINHA			
BAIRRO: ZONA RURAL	CEP: 64.300.000	COMPLEMENTO: Urbano	
CIDADE/UF: VALENÇA DO PIAUÍ	Tel.(DDD) (89) 99467 8974		

OUTORGADO

NOME COMPLETO: DIVALDO DO NASCIMENTO			ÓRGÃO EMISSOR: SSP/PI
CPF: 942.574.783-68	RG: 7.172.027	Nº: 480	
ENDEREÇO: RUA Antonio Luis			
BAIRRO: Amendo Lima	CEP: 64.300.000	COMPLEMENTO: Urbano	
CIDADE/UF: VALENÇA DO PIAUÍ	Tel.(DDD) (89) 999316677		

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 infim 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: ENFERMIDADE	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



2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Rua Eurípedes Martins, 368 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 2465-1177

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOAO DA CRUZ SILVA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 14/11/2019.
Emol.: 3,85 Taxa: 77 PMP: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 Selo: abt. 69592 (F180P33)

Ana Cláudia

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

Data do acidente: 26/10/2019

CPF: 713.423.383-91

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

GIVALDO DO NASCIMENTO

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

