



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	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	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, contados 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

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 médica-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





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, retorno 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:

3 - CPF da vítima:

713.423.383-91

4 - Nome completo da vítima:

JOÃO DA CRUZ SILVA

5 - Nome completo:

JOÃO DA CRUZ SILVA

Profissão:

TRAB. RURAL

8 - Endereço:

PV. FENAL

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

VALença

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

5 - CPF:
713.423.383-91

9 - Número:

310 RURAL

10 - Complemento:

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

61300-000

15 - Tel. (DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

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:

 RECURSO 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) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3887

CONTA: 00018256

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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

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 atende 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 compaheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:30 - Vítima teve filhos? Sim Não31 - Vítima teve irmãos? Sim Não32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso seja devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte à 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 29º do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: VALença do Piauí 03/02/2020

JOÃO DA CRUZ SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 13:46:03
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081413442469600000010730171>
Número do documento: 20081413442469600000010730171

Num. 11326279 - Pág. 5



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

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Data/Hora

26/10/2019 - 22:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

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 SSPPI PI

Mãe: MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA

Pai: SATURNINO LEÔNICO 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: Honda **Modelo:** CG 150 **Ano:** 2004 **Placa:** LVY9104 **Chassi:** 9C2KC08104R023600 **Renavam:** 825653819 **Cor:** 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

Lacy Keiko Leal Parába
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:
713.473.383-91 JOAÃO 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: JOAÃO DA CRUZ SILVA	6 - CPF: 713.473.383-91		
7 - Profissão: TRAB. RURAL	8 - Endereço: PV. FUMAL	9 - Número: 31	10 - Complemento: RURAL
11 - Bairro: ZONA RURAL	12 - Cidade: VALença	13 - Estado: PAU	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:

<input type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3887 CONTA: 00018756 (informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 de (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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, em 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 30 - Vítima deixou na hora (nascimento): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso seja o caso, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias 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.

34 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido
38 - 1º Nome: _____ CPF: _____	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	40 - Local e Data: VALença DO Piauí 10/02/2020 João da Cruz Silva	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)		



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



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. 9



Para o consórcio
consórcio. Informe
esse NÚMERO! **SEU CÓDIGO**
0369362-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 11.301.383-6
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Régime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 08/98

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: 000078985781391
CEP: 64.300-000 - VALENCA 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 Médio: 128 Emissão: 21/10/2019
Consumo Faturado: 128 FCFM: Apresentação: 22/10/2019
Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Faz.	Média 12 meses
RESID.BX.REND	MONO	A386447		1.4.1.1	105
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo DESCRIÇÃO DA CONTA					
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	DIFERENCA 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 EDH TECNOLOGIA:					
0 A 30	- 0,297674				
31 A 100	- 0,510296				
101 A 125	- 0,765430				
126 A 150	- 0,943571				

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 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.

Você pode receber as datas de vencimento da sua fatura via SMS - 0,10, 0,15, 0,20 ou 0,25 centavos cada vez por meio de nossos canais de atendimento.

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	Aliquota ICMS:	22,00%		34,91	
Energia:	44,20			Valor do ICMS:		23,94		
Transmissão:	7,47			Valor do PIS:	1,40%	1,19		
Encargos:	3,66			Valor da COFINS:	6,49%	5,51		
Tributos:	30,64							
INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC		FIC		DMIC		JICRI	
	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:	23,94	





EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rue João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ 06.640.760/0001-69 | Insc. Estadual: 9.301.383-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime tributário de impressão autorizado pela SIEPI 04-98
VENCIMENTO

CONTA MÊS
JANEIRO/2020

ODILIA MARIA FERREIRA DE SOUSA
R. ANTONIO LUIZ 1180 AMANDO LIMA - AMANDO LIMA
CPF: 00018515562823
CEP: 64.300-000 - VALENCA DO PIAUÍ
RADAR DA LEITURA RUE 27669 ROT: 2
DATA: 01/01/2024

DADOS DA LEITURA	27669	Anterior:	04/02/2020
Azul:	27544	Próxima Leitura:	02/01/2020
Anterior:	1.000	Emissão:	03/01/2020
Constante de Multiplicação:	125	Apresentação:	
Consumo Médio:	125	FCAM*	
Consumo Padrão:			
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de irregularidade:	
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Nome:	Nome Medidor:	Posto:	Código Post.
			1.4.3.1
			14
			Média 12 meses

RESID.BX.REND	MONT	DESCRIPC	
HISTÓRICO RENDA			33,75
Maior consumo			18,08
DEZ/19 140	CONSUMO	30 A R\$ 0,281264 =	13,00
NOV/19 145		70 A R\$ 0,482153 =	40,18
OUT/19 131	CONTR. ILUMINAÇÃO PÚBLICO (CDSIP)	25 A R\$ 0,723238 =	30,10
SET/19 143	DIFERENÇA DE TARIFA		0,61
AGO/19 134	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		1,81
JUL/19 139	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 11/19-00		1,12
JUN/19 165	MULTA POR ATRASO 11/19-00		
MAI/19 141	JUROS POR ATRASO 11/19-00		
ABR/19 15	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,36	
MAR/19 105			
TRIBUNAIS:			
TRIBUNAL FEDERATIVO: 0,216264			
TRIBUNAL DE CONTAS: 0,366530			
TRIBUNAL DE CONTAS: 0,541408			
	VENCIMENTO / MENSAGEM		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
DEBITOS - REAVISOS
Mes/Año Valor R\$ 100,12
12/2019

INFORME DE REAVISO DE VENCIMENTO
Informes existirão débitos vencidos no valor de
100,12 (cem reais e vinte e um centavos) até esta data. Caso os
débitos já tenham sido pagos, ocorrerá uma nova
atualização de Equatorial Energia com DSI comportamentais.
PAGAMENTO
LTCLIE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

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

RESERVADO AO FISCO		705.575.9666-F7AC-B91A-AF25-AB00	IMPÓSITOS E ENCARGOS
COMPOSIÇÃO DA CONTAS-IR		Base de Cálculo:	
Distribuição:	22,01	Aliquota ICMS:	120,44
Energia:	42,50	Valor do ICMS:	22,09
Transmissão:	7,19	Valor do PIS:	0,56
Encargos:	3,51	Valor do COFINS:	2,58
Tributos:	25,23		
INDICAÇÕES DE CONTINUIDADE			
	EIC	EIC	
	Monetário	Monetário	Monetário





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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 772.574.783-168 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José da Cruz Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.423.383-91 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Viagem José 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 Lider-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		1180	espaço
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Amarante Lima	Vale das	Piauí	64300-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
givaldo.nascimento@yahoo.com.br	891999316618		

VALE DO PI-03 de FEVEREIRO de 2020
Local e Data

Givaldo do Nascimento
Assinatura do Declarante

01DRL001 V001/2017



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

RECEITUÁRIO

foro da Cmg. S/12
Dr. Helder Antônio M. Oliveira
Medico
CRM 260133-72
CPF 497.600.133-72

Intervenção da orelha de trânsito (ST) na 26/10/2019, ao exame: Trânsito fuso de região temporal direita com lesão contínua, dolorosa; trânsito de ombro direito, doloroso; trânsito de ombro direito dentro com subluxação local, dolorosa; trânsito de orelha direita, tensa, algodão, dolorosa, sendo submetido a tratamento conservador, ofício tratamento dia 27/10/2019, com redução clara, quando da final do ombro direito, no momento da saída, de opinião direita.

325- Vila Vala - 03/02/20

*Dr. Helder Antônio M. Oliveira
Medico
CRM 260133-72
CPF 497.600.133-72*

(89) 3465-2647 / 99997-3272

Saúde é Vida



Ficha de Atendimento (Emgência)

Atendimento: P0267795 Registro: 2570
 Data: 26/10/2019 Hora: 22:54:00
 Funcionario: ELDER Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO
SUS

Senha **86**

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

Clinica: **CLINICA GERAL**

Demand: DEMANDA ESPONTANEA

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

PACUNA, 43 ANOS, VITIMA DE TRAUMA MÍDIA COSTA
 DIA: 26/10/2019 HORARIO: 22:54:00

GLA: 15

CA: 130/70

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

Alérgico/História: TRAUMA (SIC)

Alergias: NAO

Medicação Usual:

PA: 130X70 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

SAT 02: 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 GERAL

1 - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
 Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Alta Óbito Evasão Transferencia

Destino:

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

Alvaro
 JOAO DA CRUZ SILVA
 Paciente ou Responsável

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** vitima 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.


Helder M. Oliveira
CIA 2019/2020





Clínica
Dr. Helder
Oliveira

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

RECEITUÁRIO

NAME

Fábio da Cruz. Sobre

Dr. Helder Antonio M. Oliveira
Medico
CRM-PI 133-72
CPF 497.260.133-72

Fonte: vítima de acidente de trânsito (SII)
dia 26/10/2019 ao lado - Traumatismo
de região temporal direita com lesão conti-
nuo, liso; traumato de ombro
direito direito com subluxação local nexo
vazio; traumato de ombro direito +
tennis, algas, esmagado. Sendo submetido
a tratamento conservador, alta de traba-
lho dia 27/10/2019 com resultado clínico
correspondente ao ombro direito, no
momento da saída, de opinião direta.

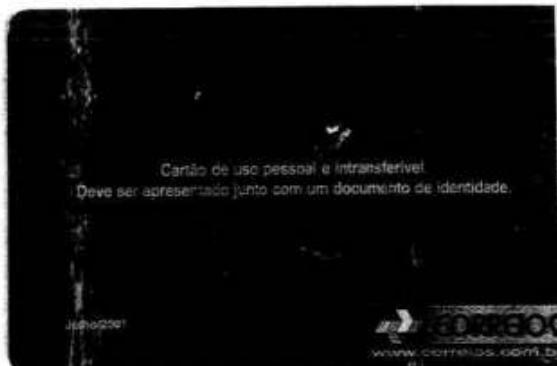
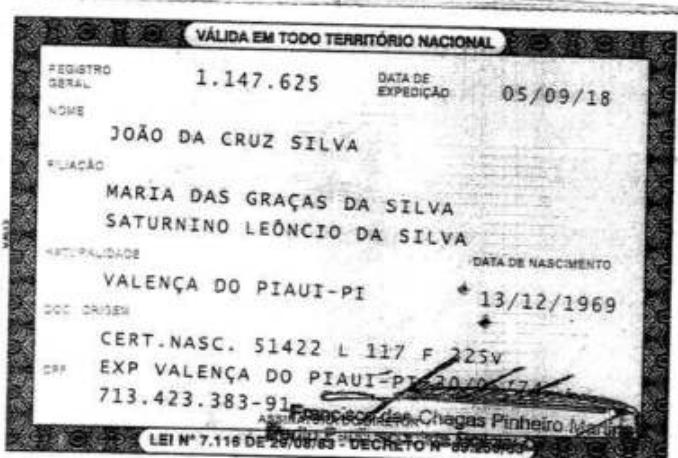
30º - Vila Brasil. 03/02/20

Dr. Helder Antonio M. Oliveira
CRM-PI 133-72
CPF 497.260.133-72

Saúde e Vida

(89) 3465-2647 / 99997-3272





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. 18

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			
NACIONALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
VALença DO PIAUí-PI	01/11/1980		
DOC. ORIGEM			
CERT. CASAM. 2623 L 7B F 150V			
EXP VALENÇA DO PIAUí-PI 13/07/12			
TERESINA - PI	ASSINATURA DO DIRETOR		
972.574.783-68			
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.350/83			



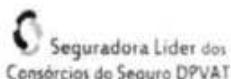
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL				
MINISTÉRIO DAS CIDADES				
DETRAN - PI				
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO				
2991	VIA	COD. REGISTRO	PERÍODO	EXERCÍCIO
62d0		000028070		
533b	1	825653819		2010
638c	NOME			
1e6f	ANTONIO RUDANNILDO ARAUJO QUADRO			
124c	S			
1324	*****			
5238	*****			
d604	*****			
0411	CPF/CNPJ	PLACA		
	75152177315	LVY-9104		
	PLACA ANT./UF	CHASSI		
	9C2KC08104R023600	COMBUSTÍVEL		
ESPECIE TIPO		ANO FAB.		
PAC/PLAC/PLAC/PLAC/PLAC		ANO FAB. / ANO MOD.		
MARCAS/Modelo		ANO FAB. / ANO MOD.		
HONDA/CG 150 TITAN KS		2004	2004	
CAP/POT/CL		CATEGORIA		
02P/0149CC		PARTIC	PRETA	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VEIC./COTAS	
I	1 ^o		IPVA	
P	2 ^o		PAGO	
V	3 ^o			
A	00000000			
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IPF (R\$)	PRÉMIO 1 ^o TAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGUR				
OBSERVAÇÕES				
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO				
SEM RESTRIÇÕES				
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA				
LOCAL		DATA		
AGUA BRANCA		29/04/2011		
TIAGO RENAN SOARES COUTINHO DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI				

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS MOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT				
PINº 9050746387 BILHETE DE SEGURO DPVAT				
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO		
2010		29/04/2010		
CPF / CNPJ		PLACA		
75152177315		LVY-9104		
BILHETE DE SEGURO DPVAT				
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO		
2010		29/04/2010		
VIA		PLACA		
1 75152177315		LVY-9104		
RENAVAM		MARCAS/Modelo		
825653819		HONDA/CG 150 TITAN KS		
ANO FAB.		Nº CHASSI		
2004		9C2KC08104R023600		
PRÉMIO TARIFÁRIO				
FINS (R\$)		DENATRAN (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)
114,36		012,70		127,06
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IPF (R\$)		TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
003,90		000,98		259,04
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA		28/04/2010		
<input type="checkbox"/> PARCELADO				

**Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A**
CNPJ: 09.248.608/0001-04

DEZ-2010

RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075009/20

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

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:		JOÃO DA CRUZ SILVA		ÓRGÃO EMISSOR:
CPF:	713.423.383-91	RG:	1.167.625	SSP/PI
ENDERECO:	PV. PALMEIRINHA		Nº	510
BAIRRO:	ZONA RURAL		CEP:	64300.000
CIDADE/UF:	Valença do Piauí		COMPLEMENTO:	mbava
			Tel.(DDD)	(89) 99467-8974

OUTORGADO

NOME COMPLETO:		MILVALDO DOMINGOS		ÓRGÃO EMISSOR:
CPF:	972.574.783-68	RG:	2.172.027	SSP/PI
ENDERECO:	Av. Antônio Luis		Nº	1180
BAIRRO:	Jardim da Loma		CEP:	64300.000
CIDADE/UF:	Valença do Piauí		COMPLEMENTO:	mbava
			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 perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e, enfim 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:	JOÃO DA CRUZ SILVA	CPF:	713.423.383-91
NATUREZA:	INVALIDEZ	ACIDENTE OCORRIDO DIA:	26/10/2019



João da Cruz Silva

Assinatura do Outorgante

(Recomendar 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, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64300-000 - Fone: (89) 2465-1177

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOÃO DA CRUZ SILVA, DGU-FE, EM TEST. 14/11/2019. VALÊNCIA DO PIAUÍ-PI. Total: 4,98 Selo: abt.69592
 Emol.:3,85 TUP:0,77 FMP:0,10 Selo:0,26 (F180P33)

Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa

Escrevante Autorizada



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

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008141344246960000010730171>

Número do documento: 2008141344246960000010730171

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

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



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. 25

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



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. 26