

Controle de docum x Audiências x Sistema SAJ - Co x PJ Consultar processo x 0812339-50.2020 Download file | il Portal do Advogado x

tpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=516422&ca=56012fb6b34281ec6f0336184e4ef4cb439...

ProceComCiv 0812339-50.2020.8.18.0140
MATHEUS ALVES COUTINHO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

11487899 - CONTESTAÇÃO (2745247 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 24/08/2020 11:17:41

24 Aug 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11487899 - CONTESTAÇÃO (2745247 CONTESTACAO 01)
- 11487904 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 11487907 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 11487909 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 11487911 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 11

2745247- CS/ 2020-08113/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08123395020208180140

11:17 24/08/2020



Número: **0812339-50.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **30/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MATHEUS ALVES COUTINHO (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11487904	24/08/2020 11:17	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, 28 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190001157

Vítima: MATHEUS ALVES COUTINHO

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATHEUS ALVES COUTINHO

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 13767422

Pag. 00383/00384 - carta_01 - INVALIDEZ





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 Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190001157

Vítima: MATHEUS ALVES COUTINHO

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01969/01970 - carta_02 - INVALIDEZ

00030985



Carta nº 13773518



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/08/2020 11:19:29

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082411174060400000010880510>

Número do documento: 20082411174060400000010880510

Num. 11487904 - Pág. 2



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, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190001157

Vítima: MATHEUS ALVES COUTINHO

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MATHEUS ALVES COUTINHO

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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. 01025/01026 - carta_03 - INVALIDEZ

00050513



Carta nº 13890532





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, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190001157

Vítima: MATHEUS ALVES COUTINHO

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01335/01336 - carta_02 - INVALIDEZ

00060668



Carta nº 14205684



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/08/2020 11:19:29

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082411174060400000010880510>

Número do documento: 20082411174060400000010880510

Num. 11487904 - Pág. 4



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, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190001157

Vítima: MATHEUS ALVES COUTINHO

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATHEUS ALVES COUTINHO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **MATHEUS ALVES COUTINHO**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000084891-2**

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 068.392.773-64 CPF da Vítima: 068.392.773-64 Nome completo da vítima: Matheus Alves Coutinho

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Matheus Alves Coutinho CPF titular da conta: 068.392.773-64 Profissão: Esperidiador
Endereço: Av. Prefeito Wael Ferraz Número: 3283 Complemento: Casa
Bairro: Angelim Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64040-840
Fimail: 18013303-4104 Telefone (DDD): 18013303-4104

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência no endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ BRADESCO (227) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 2004 D/V: 184891 CONTA: 2
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: Não NFO: Não
AGÊNCIA: Não D/V: Não CONTA: Não D/V: Não
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

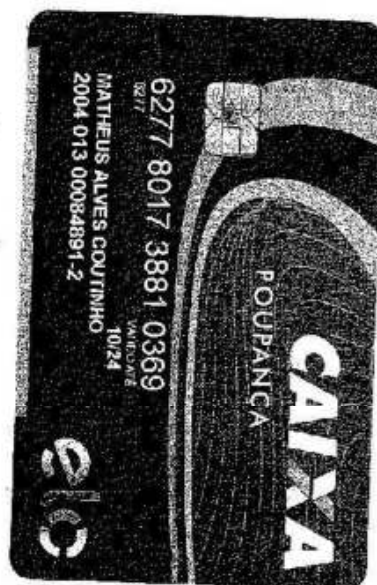
Teresina, 03 de Julho de 2018
Local e Data

Matheus Alves Coutinho
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Matheus Alves Coutinho
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**


Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190001157
Nome do(a) Examinado(a): Matheus Alves Coutinho
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Prefeito Wall Ferraz, 3283
Angelim Teresina PI CEP: 64040-840
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [MTE / PI] 6815413
Data local do acidente: [01/01/2018]
Data local do exame: [23/04/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-FRATURA ALINHADA EM OSSO FRONTAL ESQUERDO
-HEMATOMA SUBDURAL EM CONVEXIDADE FRONTO TEMPORO PARIETAL ESQUERDA
-CONTUSOES ENCEFALICAS HEMORRAGICAS FOCAIS EM LOBOS FRONTAL
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR
Complicações: DANO NEUROLOGICO
Data da Alta: 01/02/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
PACIENTE EVOLUI COM EPISÓDIOS DE CEFALEIA, COM TONTURAS, COM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, EM USO DE ANTICONVULSIVANTE, COM LAPSOS DE MEMÓRIA.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DANO NEUROLOGICO COM EPISÓDIOS DE CEFALEIA, COM TONTURAS, COM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, CONFUSOES MENTAL ALEATORIAS, EM USO DE ANTICONVULSIVANTE, COM LAPSOS DE MEMÓRIA.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequelas permanentes"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000296/2018-59

Complementar ao BO Nº: 100255.000295/2018-34

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 15/06/2018 - 12:14

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA
Tipo Local
VIA: PÚBLICA
Município
TERESINA
Endereço
AV. FRANCISCO DE ASSIS, Nº:
Complemento

Data/Hora
01/01/2018 - 03:00

Bairro
VILA IRMÃ DULCE

Ponto de Referência
CHURRASCARIA TODO DE FRANGO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MATHEUS ALVES COUTINHO
RG: 3585785 SSP/PI PI
Mãe: FRANCILENE ALVES DOS SANTOS
Pai: JOÃO QUADRO COUTINHO
Endereço: RUA WALL FERAZ Nº 3283 Nº
Bairro: VILA IRMÃ DULCE
Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA AV. FRANCISCO DE ASSIS, SENTIDO LESTE/CESTE CONDUZINDO A MOTO HONDA/POP 110, COR PRETA, ANO 2017, PLACA PIU-1014, RENAVAM 1121333733 DE PROPRIEDADE DO INFORMANTE, E NAS PROXIMIDADES DA CHURRASCARIA TODO DE FRANGO, DESEQUILIBROU-SE E CAIU AO PASSAREM EM UM BURACO NA VIA. FICANDO O INFORMANTE LESIONADO SEGUNDO PRONTUÁRIO Nº 448494, PARA ONDE FOI LEVADO. APÓS SER SOCORRIDO PELO SAMU, A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

MATHEUS ALVES COUTINHO - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Matheus Alves Coutinho CPF da Vítima 068.392.773-64 Data do Acidente 05/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal _____ CPF do Representante legal _____
Email _____ Telefone (DDD) (86) 3303-4106

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Teresina 03 de Julho de 2018
Local e Data

Matheus Alves Coutinho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALJC01 V001/2017





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município UF	Código IBCE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado		
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Índices de ingestão de bebida alcoólica?	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência		1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espancamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 15 - Exames complementares 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 8 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow =		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum
	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Escala de Dor de 0 a 10
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Assente	1 - Igual 2 - Desigual 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Assente	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		
	<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos		33 Condições de entrada 34 Óbito		
Hospital de Destino	33 Condições de entrada		34 Óbito		
	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar				
	Paciente apresentando lesão aberta no couro cabeludo, região occipital descolada e sangramento intenso. O amigo relata que o mesmo ingeriu bebida alcoólica.				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
		AE/TE		Condutor	

27.11.2011



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: 29/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS ALVES COUTINHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000084891-2

Nr. da Autenticação 138E72BAFC905664



Claro



00413214

OTCE FORTALEZA CE PL7
FRANCILENE ALVES DOS SANTOS
AV PREFEITO WALL FERRAZ 3283
CASA ANGELIM
64040-840 TERESINA PI

DATA DE VENCIMENTO: 09/04/18 - DATA DE POSTAGEM: 23/03/18
7215210573214320300009184750230318

Atendimento Claro - Ligue 1052
Auto-Atendimento - Ligue 1052#
Na Web - claro.com.br
Visite o site: minhclaro.com.br
para consultar o detalhamento da sua fatura.
Se preferir receber mensalmente a sua fatura
detalhada solicite através do 1052.
Atendimento ao deficiente auditivo e
da fala - Ligue 0800 036 2323

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
06 99508 0412	de 16/02/2018 a 15/03/2018	09/04/2018	R\$ 56,22

Valor pago na última conta: R\$ 40,38

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais
Oferta Conjunta Claro M-X
Aplicativos Digitais
Assinatura Control (136)
Juros e Multa
Total do Mês



R\$	54,99
R\$	1,23
R\$	56,22

Total a Pagar

56,22

Declaração de Quitação de Débitos

A Claro declara que, para os fins da Lei 12.007, de 29/07/2009, as faturas relativas ao ano de 2017, no que se refere aos serviços por ela prestados, se encontram quitadas.

Esta declaração substitui as quitações mensais das mencionadas faturas do ano 2017.

A presente quitação não abrange os serviços prestados por outras empresas que eventualmente tenham sido cobrados nas faturas de Claro e não produz qualquer efeito jurídico liberatório em relação a faturamentos de débitos que sejam objeto de demandas judiciais. "A contestação ou pagamentos de faturas através de cartão de crédito após a devida baixa, implicará a revocação automática da presente quitação".

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



As nos Bancos e locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Custos de envio para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos pagamentos do cliente). Canal de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada no prestador.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/08/2020 11:19:29

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082411174060400000010880510>

Número do documento: 20082411174060400000010880510

CONSUMO 228 A R\$ 0,866912 = 180,31

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para conferir com a
Eletrobras, informe
este número

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 735 - Centro Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.842.748/0001-89 Insc. Estadual: 11.201.200-0
Insc. Municipal: 1.234.567-8 Insc. Estadual: 11.201.200-0
Registro Especial de Serviço: 00000000000000000000000000000000

Nº da Nota Fiscal 007516126

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.138 de 21 de abril de 2001.

JUNHO/2018 29/06/2018 208 199,86

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.026-235 - TERESINA

Ativo:	18195	Ativo:	22/06/2018
Anterior:	17987	Anterior:	23/05/2018
Consumo de iluminação:	1,000	Próximo Leitura:	25/07/2018
Consumo Máximo:	208	Exatidão:	20/06/2018
Consumo Teórico:	208	Apresentação:	27/06/2018

Tipo de Serviço: NORMAL

Qualificação: COMERCIAL

COMERCIAL MONO 03418740 3.5.3.1 310

CONSUMO	208 A R\$ 0,866912 =	180,31
CONTR. ILLUMINACAO PUR. (COSIP)		14,80
CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00		0,40
MULTA POR ATRASO 05/18-00		3,40
JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00		0,61
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,56	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	7,52	

TARIFA SOCIAL: 0,00

TOTAL: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

DEBITO: 199,86

SABEMI SEGURADORA S/A
12 JUL 2018
RECEBIDO

RESERVAÇÃO DE RISCO

5486 F66B 76D7 F2FC 0882 ACE3 2F19 067A

5,31 10,63 21,25 3,11 6,23 12,45 3,03

0,00 0,00 0,00

TERESINA-MACAUBA 04/2018 46,37

04/2018 46,37

04/2018 46,37

04/2018 46,37

04/2018 46,37

04/2018 46,37

04/2018 46,37

04/2018 46,37

04/2018 46,37

04/2018 46,37

04/2018 46,37

04/2018 46,37

04/2018 46,37

04/2018 46,37

04/2018 46,37

04/2018 46,37



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 SUSEP¹ 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 COAF².

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Matheus Alves Coutinho inscrito
(a) no CPF sob o Nº 068.392.773/64, do sinistro de DPVAT cobertura TPA da vítima
Matheus Alves Coutinho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.392.773/64, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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	<u>Rua 24 De Janeiro</u>	Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)	<u>(86) 3303-4104</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(86) 9534-6565</u>

Teresina, 04 de Julho de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



DL0RL001 V001/2017





Dr. Edimar

**CLÍNICA
MACHADO**

RELATÓRIO MÉDICO

Ocelson, que vestia Alves
Coutinho, foi vítima de acidente de
Trânsito, fato ocorrido em 01.01.18 às
03:00hs, tendo sofrido forte trauma
na cabeça, caindo com fratura
no osso frontal esquerdo, onde foi
tratado, tendo ficado internado
por mais de 10 dias, com alta
definitiva, resta como sequelas
fortes dores, cefaleia tornante
e insônia, com comprometimento
funcional de 70%

SABEMI SEGURADORA S/A

27 DEZ 2018

RECEBIDO

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2558-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina, PI

Edimar
17.12.18

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 08221-0151 • 08227-3726 • 08227-0920



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/08/2020 11:19:29

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082411174060400000010880510>

Número do documento: 20082411174060400000010880510



**CLÍNICA
MACHADO**

Dr. Edimar

RELATÓRIO MÉDICO

Ocelson, que vestia Alves
Coutinho, foi vítima de acidente de
Trânsito, fato ocorrido em 01.01.18 às
03:00hs, tendo sofrido forte trauma
na cabeça, caindo com fratura
no osso frontal esquerdo, onde foi
tratado, tendo ficado internado
por mais de 10 dias, com alta
definitiva, restando como sequelas
fortes dores, cefaleia noturna
e insônia, com comprometimento
funcional de 70%

SABEMI SEGURADORA S/A

27 DEZ 2018

RECEBIDO

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2558-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

Edimar
17.12.18

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 0800 0151 - 0800 3736 - 0800 0020



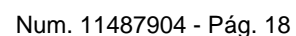
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/08/2020 11:19:29

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082411174060400000010880510>

Número do documento: 20082411174060400000010880510

Num. 11487904 - Pág. 17

12 JUL 2018



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS E SEGUROS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DE PROPRIETARIO, CONDUTOR, PASSAGEIRO E TRANSPORTADORA COMUM - SEGURO DPVAT

PI Nº 01315601B200 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1304

1	0689927364	CPF: 091	DATA EMISSÃO	12/4/2018
2	0123855735	VEICULO	TIPO DE VEICULO	ROBÔ
3	2017	ANOS	PLACA	
4	09	QUANTIDADE	VALOR DO SEGURO	
5	92301001RPS7089	RECEBIMOS		
6		PREMIO TARIFARIO		
7	9,03	SEGURO DO		
8	0,70	DO		
9	185,50	VALOR DO SEGURO		
10	05/04/2018	VALIDADE DO SEGURO		

SECURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.000/0001-41



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190001157 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS ALVES COUTINHO **Data do acidente:** 01/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-FRATURA ALINHADA EM OSSO FRONTAL ESQUERDO
-HEMATOMA SUBDURAL EM CONVEXIDADE FRONTO TEMPORO PARIETAL ESQUERDA
-COINTUSOES ENCEFALICAS HEMORRAGICAS FOCAIS EM LOBOS FRONTAL

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM EPISÓDIOS DE CEFALÉIA, COM TONTURAS, COM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, EM USO DE ANTICONVULSIVANTE, COM LAPSOS DE MEMÓRIA.

Resultados terapêuticos: PERDA DE TECIDOS MOLES EM REGIAO FRONTAL

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190001157 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS ALVES COUTINHO **Data do acidente:** 01/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: & @ P.1

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00



SAZEN SEGURADORA S.A.

12 JUL 2015

6-22-70

Nacionalidade: Boliviana

Identidade: 35.95725

CPF: 068.302.773

Profissão: Enfermeiro

Endereço: Rua Wall Braz, Vila Irma Lúcio N. 3283

CEP: 909 . 60 4 40

Telephone: (80) 9502-0412

REPORT: Nelly Ruz Socorro Mongel

Nacionalidade: Romã

Estado Civil: soltero

Identidade: 21.389.762

REF: 840.173 173-93

Profissão: Químico

Endereço: 2 - Vila da Gramma Rio de Janeiro

REF: W 000-225

Telephone: 80 3333-4904 - 99531-6562

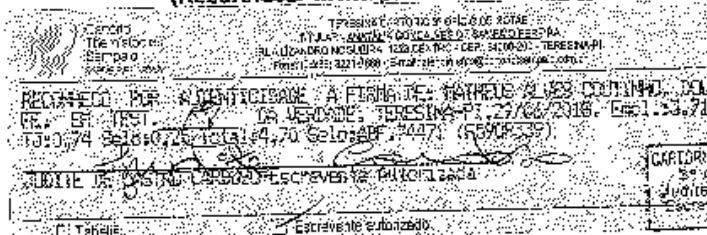
Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeo e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Mônica Alves Costa Lima

Teresina-PI-29/06/2018

Local e data

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Notes: Acid Castles



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

SABEMI SEGURADORA S/A

12 JUL 2018

RECEBIDO

OUTORGANTE:

Nome: Matheus Alves Coutinho

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 3585725

CPF: 062.302.773-64

Profissão: Espedidor

Endereço: Rua Waldemar Velloso Vila Nova Litor N° 283

CEP: 909-909-90

Telefone: (30) 9508-0412

OUTORGADO:

Nome: Nelly Rêde Soares Marques

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: N. 119.762

CPF: 840.273.173-91

Profissão: Recepcionista

Endereço: R. 24 de Junho N° 544

CEP: 64000-235

Telefone: 80 3303-4304 - 99534-6565

Peio 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 assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Matheus Alves Coutinho

Terresina - PI - 29/06/2018

Local e data



Matheus Alves Coutinho

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

Cartão de Identificação do Outorgante

TERESINA - PI - 29/06/2018

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MATHEUS ALVES COUTINHO, DOU PE. EM TEST. 29 DA VERONICE, TERESINA - PI, 29/06/2018. EMO. 3.71 TJ-0.74 Seção 2, Total 4.70 Seção AF 74471 (R00P339)

JUSTIÇA DE TERESINA - PI - Escrivente Autorizada

☐ Tabelado ☒ Escrivente Autorizado



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464377/18

Vítima: MATHEUS ALVES COUTINHO

CPF: 068.392.773-64

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 01/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MATHEUS ALVES COUTINHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MATHEUS ALVES COUTINHO : 068.392.773-64

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/12/2018
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018
Nome: VITOR MATEUS RODRIGUES
CPF: 812.754.710-72

VITOR MATEUS RODRIGUES

