

Screenshot of a web browser showing a digital document management system interface.

The main title bar reads "ProceComCiv 0812339-50.2020.8.18.0140".

The page header includes the date "24 Aug 2020" and the subject "11487899 - CONTESTAÇÃO (2745247 CONTESTACAO 01)".

The left sidebar displays a tree view of documents:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 11487897 - 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)

The right panel shows a document titled "downloadBinario.seam" with page 1/11. It features the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". Below this is the process number "Processo: 08123395020208180140".

The status bar at the bottom indicates the date "24/08/2020" and time "11:17".



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 | <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, 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: NELIE BOZE SOABES 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, 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 13767422



Pág. 00383/00384 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/08/2020 11:19:29
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082411174060400000010880510>
Número do documento: 20082411174060400000010880510

Num. 11487904 Pág. 1



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.

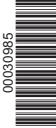
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

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.

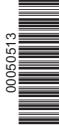
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01025/01026 - carta_03 - INVALIDEZ



00060513

Carta nº 13890532



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. 3



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.

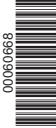
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01335/01336 - carta_02 - INVALIDEZ



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

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, 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





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 0600 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

CPF da Vítima

068.392.773-64

Nome completo da vítima

Mathew Alves Coutinho

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|------------------------------|----------------------|-------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão |
| Mathew Alves Coutinho | 068.392.773-64 | Espectador |
| Endereço | Número | Complemento |
| Praça Prefeito José Ferreira | 3233 | Casa |
| Selvagem | Estado | CEP |
| Angelim | PB | 64040-840 |
| Final | Teléfono (DDD) | |
| | (66) 3303-4104 | |

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR SEM RENDA

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

NETEKA

NRO.

AGÊNCIA

D/V

CONTA

D/V

2004
(Informar dígito se existir)

84891
(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

D/V

CONTA

D/V

(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 Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

12 JUL 2018

Mathew Alves Coutinho

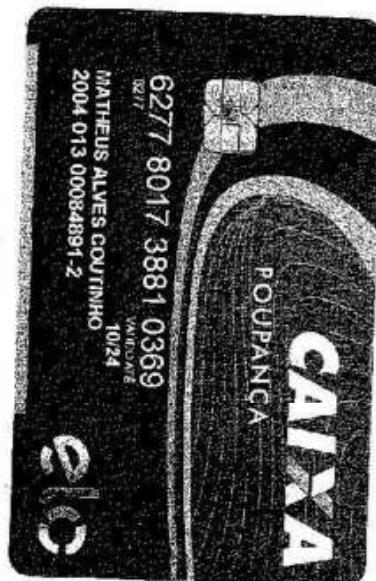
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

RECEBIDO

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/301?





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/08/2020 11:19:29
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082411174060400000010880510>
Número do documento: 20082411174060400000010880510

Num. 11487904 - Pág. 7

**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
-COINTUSOES 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 LAPSES DE MEMÓRIA.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

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 LAPSES 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% 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)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
SaúdeSEG
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: 100255.000295/2018-54

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

01/01/2018 - 03:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

Bairro

TERESINA

VILA IRMÃ DULCE

Endereço

AV. FRANCISCO DE ASSIS, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

CHURRASCARIA TODO DE FRANGO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MATHEUS ALVES COUTINHO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 3585785 SGPI PI

Mãe: FRANCILENE ALVES DOS SANTOS

Pai: JCAO QLADRO COUTINHO

Endereço: RUA WALL FERRAZ N° 3283 N°

Bairro: VILA IRMÃ DULCE

Cidade: TERESINA

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 TUDO DE FRANGO, DESEQUILIBROU-SE E CAIU AO PASSAREM EM UM BURACO NA VIA. FICANDO O INFORMANTE LESIONADO SEGUNDO PRONTUÁRIO N º 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 - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

12 JUL 2018

RECEBIDO





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 03/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

| | |
|--------------------------------------|---|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante legal |
| Email | Telefone (DDD) <u>(86) 3303-4106</u> |

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 Lider 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.

SABEMI SEGURADORA SA

12 JUL 2018

Matheus Alves Coutinho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

RECEBIDO

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALJ.001/V001/2017





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Socorristas
Médicos
AETE

Enfermeiro_
Condutor_

Veröffentlicht: 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



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. 12



Claro



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

00415214

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

721521057321492000000184750280318

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

Número do seu Claro
06 99508 0412

Período de Uso
de 16/02/2018 a 15/03/2018

Vencimento
09/04/2018

Total a Pagar
R\$ 56,22

Valor pago na última conta: R\$ 40,86

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais
Oferta Corrente Claro MX
Adicionais Digitais
Assinatura Controle (136)
Juros e Multa
Total do Mês

Total a Pagar

| | R\$ | R\$ |
|-------------|-----|-------|
| 12 JUL 2018 | | 54,94 |
| | R\$ | 1,23 |
| | R\$ | 56,22 |

RECEBIDO

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. O presente ato não encerra 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 dos pagamentos de faturas através de cartão de crédito após a dívida baixa, implicará a revogação automática da presente declaração.

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

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

Is nos Bancos e Lojas credenciadas. Encargo por atraso sobre cobrados na proxima conta. Constitui juros para o FUSI e FUNTEL 11% e 6,5% do valor dos pagamentos do cliente. Código 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

Num. 11487904 - Pág. 13



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 Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.133-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Mathias Alves Coutinho inscrito (a) no CPF sob o N° 065.392.773-64, do sinistro de DPVAT cobertura TPA da Vítima Mathias Alves Coutinho, inscrito (a) no CPF sob o N° 069.392.773-64, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso 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 | Rua 26 De Janeiro | Número | 544 | Complemento | Sala |
| Bairro | Centro | Cidade | Teresina | Estado | CEP |
| Email | | Telefone comercial (DDD) | (86) 3303-4104 | Telefone celular (DDD) | (86) 9534-6565 |

1 SUSEP SEGURADORA S/A

Teresina, 04 de Julho de 2018
Local e Data

12 JUL 2018

Nelle Rose Soares Marques RECEBIDO
Assinatura do Declarante





**CLÍNICA
MACHADO**

Dr. Edimar

RELATÓRIO MÉDICO

Declaro que **WERTHEIMER ALVES COECKELBERG**, foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido em 01.01.18 às 03:00hs, tendo sofrido forte trauma na cabeça, com surto com fratura no osso frontal exposto, onde foi tratado, tendo ficado internado por mais de 10 dias, com alto déficit definitivo, persistente com sequelas fortes dores, cefaleia toniniana e nistônias, 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: 2656-MA
(86) 9 9532-1987 - Terezinha-PI

Eduardo
17/12/18

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 08821 0151 • 08827 3726 • 08002 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. 16



**CLÍNICA
MACHADO**

Dr. Edimar

RELATÓRIO MÉDICO

O paciente, que é mestre Alves Coelho, foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido em 01.01.18 às 03:00hs, tendo sofrido forte trauma na cabeça, com surto com fratura no osso frontal exposto, onde foi tratado, tendo ficado internado por mais de 10 dias, com alto déficit definitivo, persistente com sequelas fortes dores, cefaleia intensa e impulsos, com cognição recente funcional de 70%.

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2656-MA
(86) 9 9532-1987 - Terezina-PI

Expedid
17/12/18

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

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 08821 0151 - 08827 3726 - 08002 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

SEGUNDO OFICÍCIO DE VAMOS PESSOAS CADASTRADAS POR VEÍCULOS
AUTOMÓVEIS NEVAM, RELATIVO A CONCEPÇÃO A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO OPAV

PRIMEIRO OFICÍCIO DE VAMOS PESSOAS CADASTRADAS POR VEÍCULOS
AUTOMÓVEIS NEVAM, RELATIVO A CONCEPÇÃO A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO OPAV

SENADOR

SENADORES

OPAV

CERTIFICADO DE AUTOMÓVEL DE VAMOS

DETRAN

</

SASEKI SEGURO DOKA SIA

12 JYL 2618

RECEBIDO



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
-COINTUOES ENCEFALICAS HEMORRAGICAS FOCAIS EM LOBOS FRONTAL

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM EPISÓDIOS DE CEFALEIA, COM TONTURAS, COM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, EM USO DE ANTICONVULSIVANTE, COM LAPSO 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 |



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

12 JUL 2013

OUTORGANTE:

Name: Mother Avery Carlisle

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Señor

Benfides 3595795

ISBN 06283023773-64

આંગ્રેઝીન: રોક્સિન

Dirección: Av. 20 de Noviembre 1100 entre 2do y 3er piso

CEP: 6009 - 00-000

Telefone: (80) 9508-0112

AUTORGADO:

Name: Nelly Rose Sams Morgan

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Guik Saiti

Identidade: 2.110.262

000: 240 123 173-93

នាមខ្លួន: លោកស្រី ស៊ុខា

Endereço - 28 Laranjeiras n° 549

CEP: 61 000-225

Telefony: 80 33 53-41 64 - 995 31 - 65 63

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 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: Maria Alves Coutinho.

vítima: Nelson Alves Costa Filho

Teresina-PI - 29/06/2018

Inciale data

Winters Bay, California

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

| | |
|---|--|
| RECONHECIMENTO DE FIRMAS | |
| TITULAR: ANTONIO COUTOS DE SANTOS FILHO NASC.: 01/01/1940 - CEP: 31000-000 - TEREZINHA RESID.: RUA D. JOSÉ DE ALMEIDA, 123 - CEP: 31000-000 - TEREZINHA FONE: (32) 3221-1969 - E-MAIL: antonio.coutos@terra.com.br | |
| RECONHECIDO PELA AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MARCELA ALVES COUTINHO, DEU LAR, SEU TESTIMONIAL DA VENDA DE: TERESINA-PB 22/04/2016. CEP: 58140-371 TJD/74 58140-371-4, Venda 54, 50, Seção NF: 5471 (58140-371) | |
| RECONHECIMENTO CAPITÃO DE MARINHA: MARCELA ALVES COUTINHO Data: 22/04/2016 Local: Terezina-PB Assinatura:  | |
| RECONHECIMENTO DE FIRMA TITULAR: MARCELA ALVES COUTINHO NASC.: 01/01/1940 - CEP: 31000-000 - TEREZINHA RESID.: RUA D. JOSÉ DE ALMEIDA, 123 - CEP: 31000-000 - TEREZINHA FONE: (32) 3221-1969 - E-MAIL: antonio.coutos@terra.com.br | |
| RECONHECIMENTO DE FIRMA TITULAR: MARCELA ALVES COUTINHO NASC.: 01/01/1940 - CEP: 31000-000 - TEREZINHA RESID.: RUA D. JOSÉ DE ALMEIDA, 123 - CEP: 31000-000 - TEREZINHA FONE: (32) 3221-1969 - E-MAIL: antonio.coutos@terra.com.br | |



SABEM SEGURADORA S/A

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

12 JUL 2018

OUTORGANTE:

Nome: Matheus Alves Coutinho

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 3585785

CPF: 062.302.773-64

Profissão: Expedidor

Endereço: Rua Dr. Waldir Benigno Vila Inma Lúcia N° 5283

CEP: 000-00000

Telefone: 180 9508-0112

RECEBIDO

OUTORGADO:

Nome: Nelly Rose Soares Moreira

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 11.110.267

CPF: 340.323.173-93

Profissão: Encanadora

Endereço: R. 24 de Junho n° 548

CEP: 64000-225

Telefone: 80 3303-4304 - 995341-6565

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 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

Teresina-PI - 29/06/2018

Local e data



Matheus Alves Coutinho

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

| | | | |
|---|--|---|---|
| Código Remetedor Carteira Número | TERESENA - CARTERIA P. F. DE NOTAS TITULAR: MATHEUS ALVES COUTINHO ENDERECO: RUA D. JOSÉ MOREIRA, 1220 CENTRO - CEP: 64010-000 - TERESINA-PI Fone: (86) 3224-1067 - E-mail: matheus.coutinho@terra.com.br | RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE DA FIRMA DE: MATHEUS ALVES COUTINHO, DOU PEL. EM TEST. 14 VERDADE, TERESINA-PI, 29/06/2018. Enc.: 5-71 TJ-0,79 Selos, 1, Total: 4,79 Selos ABF-74471 (F50039) JUÍZ DE MÉTRIA LARANJO ESCRIVÃO DE JUSTIÇA TOMÉ DE CASTRO CARDOSO Escrivão de Justiça Teresina - PI | RECONHECIMENTO DA AUTÊNCIA DA FIRMA ABF-74471 |
| <input type="checkbox"/> Tabelião | <input checked="" type="checkbox"/> Escrivão autorizado | <input type="checkbox"/> Juiz de justiça | <input type="checkbox"/> Ofício de Nota |
| | | <input type="checkbox"/> Registrado e Assinado | <input type="checkbox"/> Registrado e Assinado |



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464377/18

Vítima: MATHEUS ALVES COUTINHO

CPF: 068.392.773-64

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/01/2018

Titular do CPF: MATHEUS ALVES COUTINHO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

VITOR MATEUS RODRIGUES



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. 24