

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, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190363466

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

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



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, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190363466

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

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

Documentação médica-hospitalar

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, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190363466

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190363466

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000001607

Conta: 0000022663-1

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



**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: **3190363466**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

LOCALIDADE RETIRO 01 - Passagem Franca do Piauí - PI - CEP 64395-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **399697**

Data e local do acidente: [**04/03/2019**] **Barro Duro- PI**

Data e local do exame: [**29/08/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura na base do 2º metatarso direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima refere dor à palpação, apresenta limitação leve dos movimentos da flexão e extensão do 2º pododáctilo à direita.

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

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a tratamento conservador com aparelho gessado. A fratura está consolidada. Evoluiu sem intercorrências. Alta médica.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 2º pododáctilo direito

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 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"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

2º pododáctilo direito

% 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

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 a valoração do dano corporal.



Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

049.108.648-22

Antônio Francisco do Nascimento

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

Nome completo:

Antônio Francisco do Nascimento

CPF:

049.108.648-22

Profissão:

Endereço:

Número:

517 Complemento:

Lavrador

Localidade:

CEP:

64.395.000

Bairro:

Cidade:

Tel.(DDD):

78619983-6608

Zona Rural

Brasileiro Franca

E-mail:

Recurso de

Recurso de

Estado:

Príncipe

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

**LUCRETORA
DE SEGUROS**

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____ 05 JUN 2019

AGÊNCIA: 1607

CONTA: 22663

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

DPVAT

(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 efervação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que 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.

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 30, §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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Víduo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: *Paraná Franca - PR* 27.05.2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, Necessário ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 080/2019

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI Resp. pelo Registro: MARCO SUEL DA SILVA
Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR Data / Hora: 03/04/2019 - 10:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI Data / Hora: 04/03/2019 - 10:00
Município: BARRO DURO-PI Bairro: ZONA URBANA
Endereço: BR 316
Complemento:

DADOS DO INFORMANTE

Nome: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO
Documentos: RG:399.697 SSP-PI; CPF:049.108.648-22
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade: BARRO DURO-PI
Estado civil: união estável
Profissão: TRABALHADOR RURAL
Nascimento: 2/02/1961
Filiação: ESPEDITO FEITOSA DE ARAUJO E MARIA ROSA DE ARAUJO
Endereço: Povoadeo Mucambo
Complemento:
Bairro: ZONA RURAL
Município: BARRO DURO-PI
Telefone(s): 86-284-1120

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

- SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

Dados do Veículo:

- Tipo: motocicleta
- Marca / Modelo: HONDA CG 150/FAN ESI
- Ano/Modelo: 2013/2013
- Cor: VERMELHA
- Placa: OED 0362
- Chassi: 9C2KC1670DR472436
- Renavam: 00529941724
- Proprietário: RAIMUNDO NANATO PITOMBEIRA

Narrativa:

Relata que quando se deslocava na BR-316 para na sua motocicleta quando foi surpreendida por um carro veículo SAVERO que invadiu a pista; que ao tentar se desviar, se desequilibrou, caindo ao solo e ao tentar apoiar-se no chão, acabou quebrando a perna direita; que foi levada ao hospital desta cidade de Barro Duro-PI, onde recebeu o primeiro atendimento, conforme documentação anexa. É A NARRATIVA.

MARCO SUEL DA SILVA
Resp. pelo Registro

Bel Sérgio Sousa Alencar
Bel Sérgio Sousa Alencar
Delegado de Polícia Civil

antonio francisco do nasc
ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Resp. pela Informação

Scárcio

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

049.108.648-22

Antônio Francisco do Nascimento

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

Nome completo:

Antônio Francisco do Nascimento

CPF:

049.108.648-22

Profissão:

Endereço:

Número:

517 Complemento:

Lavrador

Localidade:

CEP:

64.395.000

Bairro:

Cidade:

Tel. (DDD):

78619983-6608

Zona Rural

Brasileiro Franca

E-mail:

Recurso de

Recurso de

Estado:

Príncipe

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

A CORRETORA DE SEGUROS

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____ 05 JUN 2019

AGÊNCIA: 1607

CONTA: 22663

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

DPVAT

(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 efervação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que 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.

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 30, §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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Víduo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: *Paraná Franca - PR* 27.05.2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, Necessário ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CONSULTA BÁSICA

DATA: 04/03/19

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: Antônio L. Nascimento
Data de Nascimento: 20/02/1961 Idade: 58 Telefone: _____
Endereço: Altino Município: P. Furtado
Identidade: _____ Nº CNS: 898 0004 7919 2969

COLETA DE DADOS:

Alergias: () X _____
H.P.P HAS (S) (N) Diabetes (S) (N) Tabagista (S) (N) IAM (S) (N) _____ AVC (S) (N) _____
Cirurgias (S) (N) _____ Outras: _____ PJ CORRETORA DE SEGUROS
Medicações em Uso: _____

EXAME FÍSICO:

PA: _____ TAX: _____ Glícemia: _____ FC: _____ FR: _____
Peso: _____ Altura: _____ Sat. O₂: _____ DPVAT
Querida Principal: Vacante vitória de acidente moto
Hipótese Diagnóstica: Ciclista com escoriações
Prescrição: permanecer de

EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

Hemograma () Bioquímico () Eaz. Card. () EAS () RX () USG () TC () ECG () TGO () TGP ()
Parasitológico de Fezes ()

Foto: Lucio L. Nascimento
Médica
CRM: 3047

Assinatura do Médico e Carteira

Antônio L. Nascimento
Assinatura do Paciente e/ou Impressão Digital

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: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 00000022663-1

Nr. da Autenticação 7C0A13735D95FACF



SEU CÓDIGO

1101879-8

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.740/0001-49 | Insc. Estadual: 19.300.325-5
Portaria / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Região especial de Imprensa autorizada pelo SENA/04/08

Nº da Nota Fiscal 018241103

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.439 de 20 de abril de 2002.

CONTA MÊS VENCIMENTO
FEVEREIRO/2019 01-03-2019

OPÇÃO DE PAGAMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
62 36,57

MARIA DA CRUZ PEREIRA SOUSA
LC RETIRO 01 B-RURAL
CPF: 00001532831307
CEP: 64.395-000 - PASSAGEM FRANCA DO PIAUÍ/T: 201.086.17.80.000500

DADOS DA LEITURA		KWH	DADOS DA LEITURA	
Anter:	911		Anter:	23/02/2019
Anterior:	849		Anterior:	24-01-2019
Constante de Multiplicação:			Próxima Leitura:	26-03-2019
Consumo Médio:	62	FCAM	Entrega:	21-02-2019
Consumo Faturado:	62		Apresentação:	23-02-2019

Resumo de Referenciação: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 38

Classe/Fidelidade	Último	Número Medidor	Ponto	Último Fct.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A1983232		114011.1	22.45

DESCRIÇÃO DA CONTA					
Hábito consumo					
JAN/19	69	CONSUMO	50 A R\$ 0.300370 =	9,61	
DEZ/18	66		32 A R\$ 0.514933 =	16,47	
NOV/18	59	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		2,24	
OUT/18	47	DIFERENCA DE TARIFA		29,67	
SET/18	46	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		20,02-	
AGO/18	41				
JUL/18	46				
JUN/18	46				
MAI/18	43				
ABR/18	44				
TARIFA SEM TARIFAS:					
50 A 30 - 0,210990					
31 A 62 - 0,361928					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Año Valor R\$ Unidade consumidora suspeita o suspensa do fornecimento de energia elétrica a partir de 10-03-2019, em função das contas retrasadas nessa fatura. O seu pagamento pode engajar também a inclusão do nome só consumidor na CDEBRA, levando assim ao bloqueio (em conta(s) variável(s) e/ou responsável(s) no valor de R\$ 240,00 (valor histórico). Caso tenhaリンクado o pagamento, pode desconsiderar este aviso.

LIGUE 0600 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Você pode regular periodicamente o reenvio de sua fatura para os dígitos 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, conforme seu critério.

PERMÍTIDO AO ESOD AF5B_0EB4_C4B9_7D01_B816_E2FB_ECA7_939F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		AJUSTES TRIBUTÁRIOS - R\$	
Distribuição:	11,17	Base de Cálculo:	55,15
Energia:	21,56	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	3,65	Valor do ICMS:	12,13
Impostos:	2,30	Valor do PIS:	0,77
Encargos:	16,47	Valor do COFINS:	3,57
Total:			

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	BIC	FIC	PIBIC	PIC
Mês	Normal	Transitado	Anual	Normal
	8,06	16,12	32,23	4,59
				9,19
				18,37
				4,48
Último	0,00	0,00		0,00

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

05 JUN 2019

DPVAT

TIM
BLACK

Pagamento à vista

M.S.A.
Av Líber Andrade Nogueira, 1916
ENTRO - TERESINA - PI
NPE: 02.921.621.0024-08 - I.E.: 794445895
NPI de Motel: 02.421.621.0001-11

R\$ 215,71

VENCIMENTO

25/04/2019

EMISSÃO: 09/04/2019

POSTAGEM: 16/04/2019

FATURA: 3759196254

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

CLIENTE: 1.674237/3

CPF/CNPJ: 84539443050

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 000000091215 0077403

IMPORTANTE PARA ADRIANA

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/MAR A 06/ABR

Serviços TIM S.A.

	Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 199,71
	CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 2,28
	OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 1,96
	COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 8,87

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

HESALIDADES

Benefícios que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Vídeo

TIM Music

TIM Banco Virtual

TIM Backup 30GB

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 199,71
10GB	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
Ilimitado	109m54s	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Voce pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

05-JUN-2018

DPVAT

Informações Complementares - Planos) e Serviços de Valor Ajustado (não incluídos no(s) Plano(s))
Franquia(s): R\$ 199,71
SVA: R\$ 14,50
Desconto(s) Franquia(s): R\$ 0,00
Desconto(s) SVA: R\$ 0,00

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de 10% todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para a Central de Atendimento: 1056

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
ABR/2019

DATA DE EMISSÃO
07/04/2019

DATA DE VENCIMENTO
25/04/2019

VALOR
R\$ 215,71

VIA BANCA

84619000002 - 1 15710109011 - 4 00375919025 - 3 40121536776 - 4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site: www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1996 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintes: 0800 021 91 35

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 de prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a realizar o cadastramento das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação necessários, 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.

1. SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZADA E RESSEGURO. 2. CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TAMBÉM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Souza Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 049.394.433, / 33, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio Francisco de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.108.648 / 22,
de sinistro de DPVAT cobertura Inválida / Doms da vítima Antônio Francisco de Souza.

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.108.648 / 20, 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:	<u>Rua 7 de Setembro</u>	Número:	<u>244</u>	Complemento:	<u>Andar</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Alémão Velho</u>	Estado:	<u>RJ</u>
E-mail:	<u>carladiuressa@gmail.com.br</u>				CEP: <u>64325 000</u> Tel.(DDD): <u>(61) 9 9981 6 008</u>

Lugar e Data: Alémão Velho - RJ - 27/05/2019

Adriana Carla de Souza Silva
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

05 JUN 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.saguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 020-2596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89

| SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

| Central Ouvidoria: 0800 021 21 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12.

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DUCORIGINAL.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 RESSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pefo exposto, eu Adriana Carla de Souza Silva

Inscrito (s) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio Francisco do Nascimento Inscrito (a) no CPF sob o Nº049.108.648 / 22,

da sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Antônio Francisco do Nascimento

Inscrito (a) no CPF sob o Nº049.108.648 / 22, 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 no 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 Sete de Setembro</u>	Número:	<u>244</u>	Complemento:	<u>Centro</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Elesbão Veloso</u>	Estado:	<u>Piauí</u>
E-mail:	<u>carladrianasousa@gmail.com.br</u>	CEP:	<u>64325-000</u>	Tel.(DDD):	<u>(86)97981-6008</u>

Local e Data: Elesbão Veloso, Piauí - Di. 08.06.2019

Adriana Carla de Souza Silva
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

11 JUN 2019

DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

Central de atendimento e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 921 91 35

Raimundo Nonato Pitombeira

4.190.691

data de expedição 08/03/2016

Agente SSP-PI portador do CPF nº 147.044.768-12

com domicílio na cidade de Barro Duro no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Lica São João nº 432

Centro

, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Antônio Francisco do Nascimento, cujo o condutor era

Antônio Francisco do Nascimento

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG 150 Fan ES I Ano: 2013/2013

Placa: OED-0362 chassi: 9C2KCJ670DR472436

Data do Acidente: 04/03/2019

Lugar e Data: Barro Duro - Piauí - PI 03.04.2019
PJ CORRETORA DE SEGUROS

Raimundo Nonato Pitombeira

Assinatura do Declarante

05 JUN 2019

Antônio Francisco do Nascimento

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DPVAT

Reconhecimento verdadeira S. Eu, mas de

Raimundo Nonato Pitombeira e
Antônio Francisco do Nascimento

do que dou fé. Em teste apostila da verdade.
Barro Duro-PI, 08/04/2019

Apostila

Tabelião

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE BARRO DURA
FRANCISCO PEREIRA NETO

Tabelião

Selo de Fiscalização
A MECANIZADA
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registros e
Julgados

RECONHECIMENTO
DE FIRMA

ABO 95641

ABO 95642



CONSULTA BÁSICA

DATA: 09/03/19

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: Antônio L. Nascimento
Data de Nascimento: 20/02/1961 Idade: 58 Telefone: _____
Endereço: Ritino Município: PB Parnaíba
Identidade: _____ Nº CNS: 848 0004 7419 2969

COLETA DE DADOS:

Alergias: () _____ H.P.P HAS (S) (N) Diabetes (S) (N) Tabagista (S) (N) IAM (S) (N) AVC (S) (N)
Cirurgias (S) (N) _____ Outras: PJ CORRETORA DE SEGUROS
Medicações em Uso: _____

EXAME FÍSICO:

PA: _____ TAX: _____ Glicemia: _____ FC: _____ FR: _____
Peso: _____ Altura: _____ Sat. O₂: _____ DPVAT
Querixa Principal: Vacante vitória de alidentamento
Hipótese Diagnóstica: Ciclista com escoriações
Prescrição: permanecer de

Diário preto e
desconforto se

IM 158,196

EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

Homograma () Bioquímico () Enz. Card. () EAS () RX () USG () TC () ECG () TOG () TGP ()
Parasitológico de Fezes ()

Fel. Lucio L. Nascimento
Médica
CRM-2047

Assinatura do Médico e Cartilha

Antônio L. Nascimento
Assinatura do Paciente e/ou Impressão Digital

Nome: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO
Convênio: CLIENTE PREFERENCIAL
Solicitante: Dr. Não Informado
Prontuário: 028540.11

Idade: 58 anos
Sexo: MASC
Data: 11/03/2019 10:00:00
[Ext]

RX DO PÉ DIREITO

RELATÓRIO:

O estudo radiológico do pé direito foi realizadonas incidências AP/PERFIL.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura com desalinhamento ósseo na diáfise proximal do segundo metatarso, com edema em partes moles adjacentes.

Demais estruturas ósseas com morfologia e densidade radiográfica preservada.

Espaços articulares preservados, sem evidências de lesões ósseas subcondrais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura com desalinhamento ósseo na diáfise proximal do segundo metatarso, com edema em partes moles adjacentes.




Dr. PEDRO AUGUSTO PEDREIRA MARTINS JUNIOR
CRM 2854

Nome: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO
Convênio: CLIENTE PREFERENCIAL
Solicitante: Dr. Não Informado
Prontuário: 028540.11

Idade: 58 anos
Sexo: MASC
Data: 11/03/2019 10:00:00
[Ext]

RX DO JOELHO DIREITO

RELATÓRIO:

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências AP/PERFIL.

Os seguintes aspectos foram observados:

Imagem esclerótica intramedular sem características de agressividade localizada na diáfise distal do fêmur.

Osteófitos e irregularidades subcondrais na face posterior da patela e tróclea femoral.

Estreitamento do espaço articular femorotibial, com irregularidades subcondrais e osteófitos marginais nos côndilos femorais e platô tibial.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

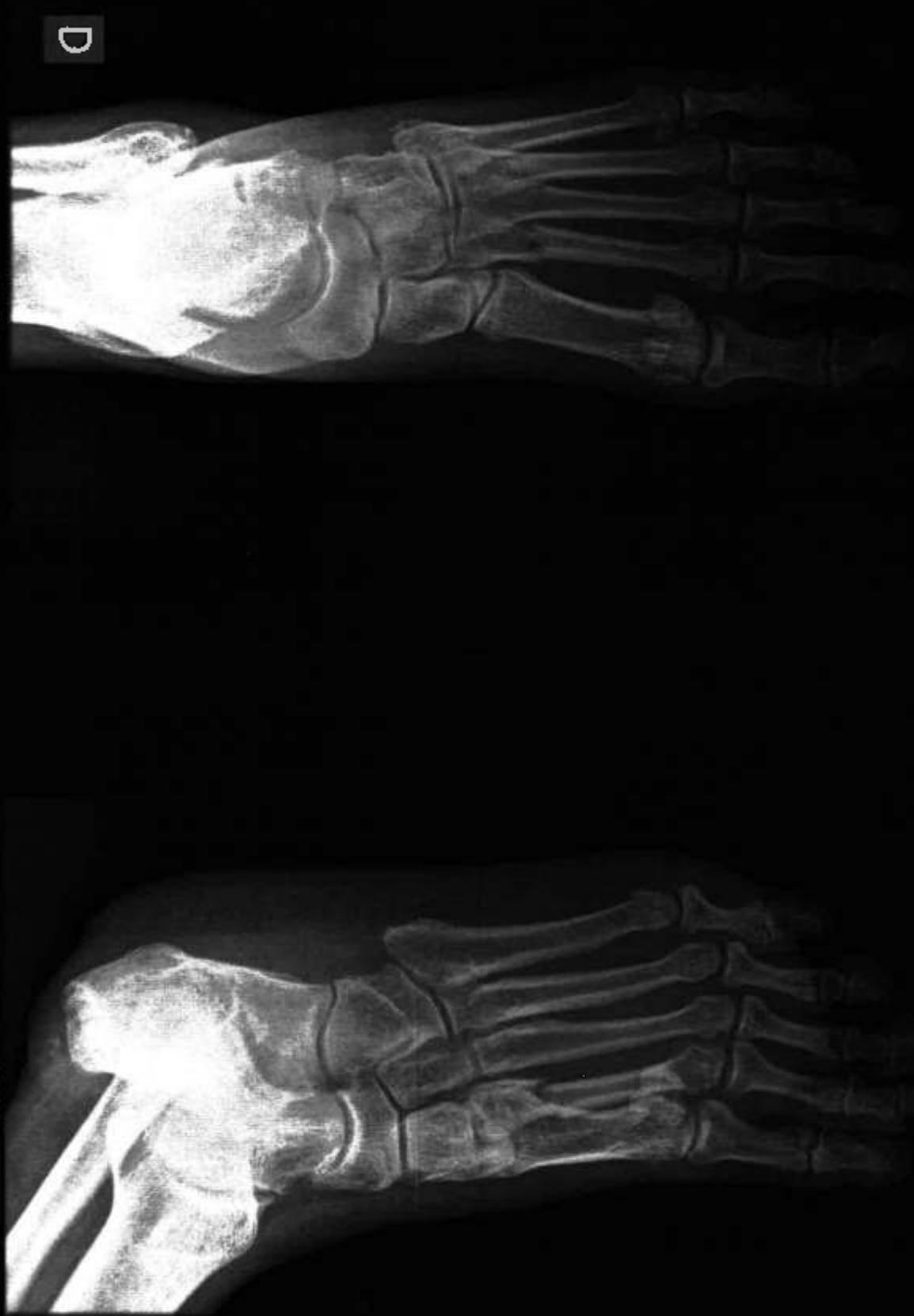
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Imagem esclerótica intramedular sem características de agressividade localizada na diáfise distal do fêmur, devendo corresponder a encondroma ou infarto ósseo.

Osteoartrite degenerativa patelofemoral e femorotibial




Dr. PEDRO AUGUSTO PEDREIRA MARTINS JUNIOR
CRM 2854



58.7%

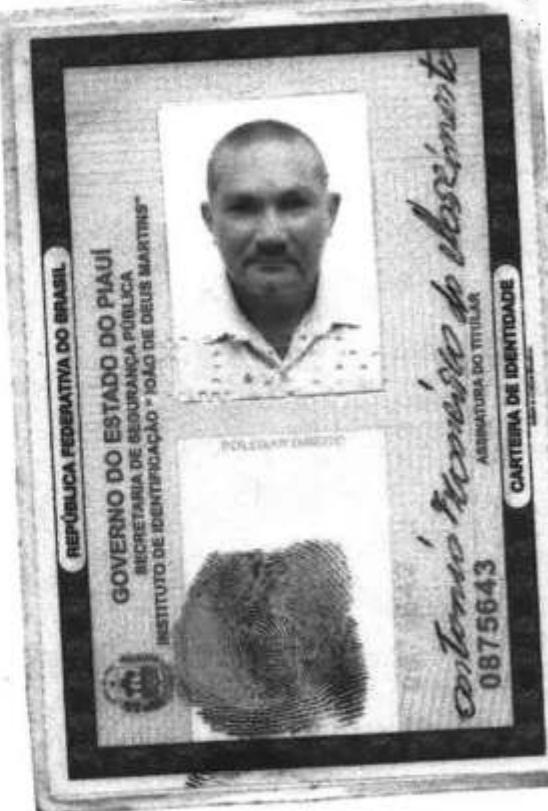
60.3%



D

58 3 3

Nome: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO Data Nasc.: 20/02/1988 Registro: 028540.11
CLÍNICA MENESSES REGO - MEDCLÍNICA Data Exame: 11/03/2011 Tec: ELBERLENE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
399.697

DATA DE EXPEDIÇÃO
09/06/16

NOME
ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

RESIDÊNCIA
FRUÍGUA

MARIA RODRIGUES PITOMBEIRA

MANOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

NATURALIDADE
BARRO DURO-PI

DOC. CIVICO
CERT. CASAM. 1330 L 85 F 230

CPF EXP. BARRO DURO-PI 27/10/97

049.108.648-22

0875643

INSCRIÇÃO NO DIRETÓRIO: M. J. D. Mariano

LEI Nº 7.110 DE 29/06/93 - DECRETO Nº 86.260/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013938355360 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 622 1204



0910 DETRAN - PI	Nº 013938355360
05293 CERTIFICADO DE PAGAMENTO DE VENCIMENTO DE VEÍCULO	
41267 VA	PERÍODO:
20190 1	2019
22019	
01044	NOME:
67201 RATMUNDO MONATO PERONHEIRA	
90313	
06229 XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX	
00505 78122 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
26630	CHASSIS:
92367 14704476812	PLACA:
27944	OED-0362
19902	
04147	
PAS / MOTOCICLE / NENHUMA	ESPECIE/PO
HONDA / CG 150 FAN ESI	MARCA / MODELO
002P/0149CC	ANO FAB.
— CAF / POT. CIL.	ANO MOD.
CATEGORIA:	ALCOOL/GÁS
PARTICU	COM FUEL:
VERMELHA	VELOC/COTAS
— COTA ÚNICA	1º IPVA
P — FADA / IPA	2º PAGOS
V — PARCELAMENTO / COTAS	3º PAGOS
A	
SEGURADO (PAGOU) — PRÉMIO TOTAL (PAGO)	DATA DE PAGAMENTO
SIM RESTRIÇÕES	OBSEVAÇÕES
BARRA DURA	LOCAL
13/03/2019	

VA	14704476812	CPF / CNPJ	OED-0362
RENAVAM	00529941724	MARCA / MODELO	
HONDA / CG 150 FAN ESI	ANO FAB.	CAT. INC.	NP CHASSI
2013	09	9C2KC1670DR472436	
2013	09	2019	13/03/2019
PRÉMIO TARIFÁRIO			
000,00 ^(R\$)	000,00 ^(R\$)	000,00 ^(R\$)	
000,00 ^(R\$)	000,00 ^(R\$)	084,58 ^(R\$)	
000,00 ^(R\$)	PAGAMENTO		
X cota única	PARCELADO		28/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CRN 08.246.600/0001-04

Este bilhete é de uso liso.
Somente quando é usado para o pagamento da taxa de seguro DPVAT.

CONTRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190363466 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO DO **Data do acidente:** 04/03/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
NASCIMENTO

PARECER

Diagnóstico: Fratura na base do 2^a metatarso direito.

Descrição do exame Ao exame, vítima refere dor à palpação, apresenta limitação leve dos movimentos da flexão e extensão do 2º físcico: pododáctilo à direita.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador com aparelho gessado. A fratura está consolidada. Evoluiu sem intercorrências. Alta medica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 2º pododáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físcico: 29/08/2019

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50