
Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190670978

Vítima: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

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

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190670978

Vítima: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

3 - CPF da vítima:

668.275.233-49

4 - Nome completo da vítima:

Andressa Dantas Borges de Araújo

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

5 - Nome completo:

Andressa Dantas Borges de Araújo

6 - CPF:

668.275.233-49

7 - Profissão:

Auxiliar Contábil

8 - Endereço:

R. 21 de Abril

9 - Número:

781

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Vermelha

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64039-300

15 - E-mail:

andressa20@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

186 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 49830

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☒ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 29/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA

603689-0010-48138.8882

ANDRESSA DANTAS B. ARAUJO

0029 013 00049830-0 07/21

24/09/15



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004133/2019-31

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Kátia Maria Evangelista

Data/Hora: 07/11/2019 - 17:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora
05/09/2019 - 07:40

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
TERESINA

Endereço
AV. ALAMEDA PARNAÍBA COM RUA DAVI CALDAS, Nº:
Complemento

Bairro
VILA OPERÁRIA

563484

Ponto de Referência
POR TRÁS DO CEMITÉRIO SÃO JOSÉ

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO
RG: 2897127 SSP PI
Endereço: RUA DIAMANTE, Nº 548
Complemento: BAIRRO JOIA
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Cidade: TIMON

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE RELATA QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA ALAMEDA PARNAÍBA CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/C100 BIZ, COR AZUL, PLACA HPE-8097-PI, QUANDO FOI COLIDIDA POR UM AUTOMÓVEL QUE TRAFEGAVA PELA DAVI CALDAS E INVADIU A PREFERENCIAL; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HOSPITAL DA UNIMED. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

0/0

Kátia Maria Evangelista - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

Andressa Dantas Borges de Araujo

ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacy Keiko Leal Parolha
Lacy Keiko Leal Parolha
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 196.333-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 668.275.233-49 4 - Nome completo da vítima: Andressa Santos Borges de Araújo

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

5 - Nome completo: Andressa Santos Borges de Araújo 6 - CPF: 668.275.233-49
7 - Profissão: Aux. contabilidade 8 - Endereço: R. 21 de Abril 9 - Número: 781 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vermelha 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64039-300
15 - E-mail: eduanseguros@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 186 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0029 CONTA: 49830 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 29/11/19

Andressa Santos Borges de Araújo
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 700	02 Data do chamado 05/09/2019	03 PRO (código) 9964	04 Saída do PA 8:00	05 Chegada ao local 8:19
	06 Saída do local 8:35	07 Chegada ao 1º hospital 8:48	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço: Rua: Alameda Parnaíba				
	11 Bairro: Vila Operária	12 Município-UF: Te-pi		Código IBGE	
Dados do Paciente	13 Ponto de referência: Cemitério S. José				
	14 Nome: Audreia Dantas Borges de Araújo				15 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado
Tipo de Ocorrência	16 Idade: 18 ANOS ☐ 1-Dia ☐ 2-Mês ☐ 3-Anos ☐ 9-Ignorado		Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima: ☒ 1 - Pedestre ☐ 2 - Condutor ☐ 3 - Passageiro ☐ 9 - Ignorado		20 Meio de locomoção: ☒ 1 - A pé ☐ 2 - Automóvel ☐ 3 - Motocicleta ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 6 - Outro ☐ 9 - Ignorado		21 Outra parte envolvida: ☒ 1 - Automóvel ☐ 2 - Motocicleta ☐ 3 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Objeto fixo ☐ 6 - Animal ☐ 7 - Outra ☐ 9 - Ignorado
	22 Equipamentos de segurança: ☒ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança				
Exame Físico	23 Glasgow: 15 ABERTURA OCULAR: ☒ Espontânea ☐ 3 - À voz ☐ 2 - À dor ☐ 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL: ☒ Orientada ☐ 4 - Confusa ☐ 3 - Palavras inapropriadas ☐ 2 - Palavras incompreensíveis ☐ 1 - Nenhuma		24 Sinais Vitais: Pulso 83 Resp. PA 130/90 TAX. SatO2 98%
	26 Pupilas: ☒ 1 - Iguais ☐ 2 - Desiguais		27 Pulso: Radial ☒ Central ☐ 1 - Cheio ☐ 2 - Fino ☐ 3 - Ausente		25 Local da lesão:
Assistência	28 Sangramento: ☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não		29 Escala de Dor de 0 a 10:		
	30 Fratura: ☒ 1 - Sim ☐ Exposta ☐ 3 - Fechada ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐				
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não): ☒ 1 - Aspiração ☒ 2 - Prancha longa/curta ☒ 3 - Imobilização de extremidades ☒ 4 - Acesso Venoso ☒ 5 - Medicamentos a) ☐ b) ☐ c) ☒ 6 - Oxigênio ☒ 7 - Colar cervical ☒ 8 - Reanimação cardiopulmonar ☒ 9 - Assistência obstétrica				
	32 Hospital de Destino: UNIMED PRIMAVERA ☐ Não Removido				
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada: ☒ 1 - Melhorado ☐ 2 - Piorando ☐ 3 - Inalterado		34 Óbito: ☐ 1-Sim ☐ 2-Não ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte		
	Fem. 28a. Vítima de colisão moto + carro com mul. lesões escoriações + trauma em punho + tornozelo com lesão contusa em mão D. Consequente, su- entada.				

Ent: Dsticia

Socorristas

novatec
ENERGIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Macanã 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-09 - Ins. Estadual 19.301.383-2
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Sem R-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ/PI

1ª da Nota Fiscal 029153449

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE - foi criada pela Lei nº 10.436 de 26.06.2003

CONTA MÊS
OUTUBRO/2019

VENCIMENTO
20-11-2019

FRANCISCO DAS CHAGAS ALMEIDA BORGES
R. 21 DE ABRIL 781 VERMELHA
CPF: 00003601153300
CEP: 64.019-300 - TERESINA

DADOS DA LEITURA

Atual 23957
Anterior 23755
Consumo de Multiplicação 1,000
Consumo Medido 202
Consumo Faturado 202

Forma de Faturamento: **NORMAL**

Código de Irregularidade:

Class/Subclass
RESIDENCIAL

Ligação
MONO

Numero Medidor
A1228914

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Posto 1.1.1.1.1
Mês 12 meses

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 202 A R\$ 0,943695 = 190,62
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 2,52
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 1,34
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 1,34

HISTÓRICO kWh

Mesmo consumo

SET/19 174
AGO/19 164
JUL/19 147
JUN/19 146
MAI/19 151
ABR/19 168
MAR/19 175
FEV/19 191
JAN/19 178
DEZ/18 161

TH 174 202 191 178 161
R 174 202 191 178 161

LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 24-10-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO F064.743B.214C.94AA.BES4.1C37.6127.88B0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição 37,49
Energia 72,44
Transmissão 12,25
Encargos 5,99
T-taxas 62,45

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Base de Cálculo 190,62
Alíquota ICMS 27,00% 51,46
Valor do ICMS 51,46
Valor do PIS 1,40% 1,96
Valor do COFINS 6,43% 9,03

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			PIC			DNC	DNC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Linker	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Período de observação	08/2019						08/2019	58,07

Conjunta: TERESINA-MACALUBA

ROT: 18.001.02.25.119300



Faça o contato
com o seu informante
pelo NÚMERO

SEU CÓDIGO

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.745/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Contador de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 029074335

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2019	31/10/2019	394	411,88

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	21824	Atual: 24/10/2019
Anterior:	21430	Anterior: 24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima leitura: 25/11/2019
Consumo Medido:	394	Emissão: 23/10/2019
Consumo Faturado:	394	Apresentação: 24/10/2019
Forma de faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat. Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1 210

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
SET/19 368	CONSUMO 394 A R\$ 0,944936 = 372,30
AGO/19 285	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 30,03
JUL/19 222	MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00 0,57
JUN/19 205	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00 0,13
MAI/19 204	MULTA POR ATRASO 09/19-00 7,18
ABR/19 178	JUROS P/R ATRASO 03/19-00 1,67
MAR/19 243	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 4,70
FEV/19 297	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,12
JAN/19 365	
DEZ/18 57	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 394 - 0,635210

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode contar pelos dados de pagamento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, desde em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.84BF.DDDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	73,20	Base de Cálculo:	372,30 271,78
Energia:	141,48	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,93	Valor do ICMS:	100,52
Encargos:	11,71	Valor do PIS:	1,40% 3,82
Tributos:	121,98	Valor do COFINS:	6,49% 17,64

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DCE			FIC			DMC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Unidade	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Consumo	TERESINA-MACAUPA			Período de operação: 08/2019			EUSD:	100,91

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 9.813/98.

Pelo exposto, eu: Nelle Roge Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Andressa Dantas Borges de Azevedo inscrito
(a) no CPF sob o nº 668.275.233 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima
Andressa Dantas Borges de Azevedo inscrito (a) no CPF sob o nº 668.275.233 / 49 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 à 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>
Email		CEP	<u>64000-235</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina 29 de Novembro de 2019
Local e Data

Nelle Roge Soares Marques
Assinatura do Declarante

Ficha de Atendimento
Urgência / Adulto



754694

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARA Idade: 28

CPF: 66827523349

Mãe: GARDENIA DANTAS BORGES

Carteirinha: 09330108600017010

Convênio: INTERMED

Endereço: RUA DIAMANTE

CEP:

Identidade / RG: 2897127

Pai: ROBERTIEL LOPES DE ARAUO

Senha Aut: 2816189

Plano: DIAMANTE

Bairro: JOIA

Cidade: TIMON

DT Nascimento: 18/07/1991 02:00:00

Sexo: F

Telefone: 995469418

Guia: 1109311

Validade: 22/02/2024

Complemento:

Estado: MARANHAO

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 754694

Origem do Atendimento: URGÊNCIA

Médico: ITALO GOMES SUCUPIRA

Procedimento: CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

Prontuario: 122285

Data/Hora: 05/09/2019 08:53:36

Usuario: RASALIM

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

Endereço:

Complemento:

Telefone:

Bairro:

Assinatura Cliente/Responsável

**Intermed**

VIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL DE SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - 07/2021

2- No. 1109311

Nº do protocolo:

Status: AUTORIZADA

1-Registro ANS 416398	3-No. Guia Principal	4-Data de Autorização 06/09/19	5-Será 2816189	6-Data Validade da Guia 05/10/19	7-Número da Guia Autógrafa pelo 41641891
8-Número da Carteira 933 0108600017010		9-Validade da Carteira 22/02/2024	10-Nome ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO		11-Número Cartão Nac Saúde 700009075311103
12-Atendimento a RN NAO					
13-Código na Operadora 110000019		14-Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA PRIMAVERA			
15-Nome do Profissional BRUNA DE OLIVEIRA MARTINS		16-Conselho Profissional Conselho Regional de Medicina		17-Número no Conselho 5645	18-UF PI
19-Código CBO S 229125		20-Assinatura do Profissional			
21-Carteira de Solicitação 1-Elativa 2-Urgência/Emergência 2		22-Data/hora da Solicitação 09/09/19 08:51		23-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)	
24-Tabella 22	25-Código do Procedimento 10101039	26-Descrição Consulta em pronto socorro	27-Ql. Solicitada 1	28-Ql. Autorizada 1	Status AUTORIZADO
29-Código do Contrato e Exatidão 30-Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA PRIMAVERA		31-Indicação de Acidente Não Acidente		32-Tipo de Consulta 33-Motivo Encerramento	34-CNES 0101092
35-Indicação de Acidente					
36-Data 37-Hr Inicial 38-Hr Final 39-Tabella 40-Cód Proced. 41-Descrição 42-Qlde 43-Via 44-Tac. 45-%Red/nc 46-Vlr. Unil. 47-Valor Status Biom EXECUTADO					
48-Seg. 49-Gr. Part. 50-Código na Operadora/CPF 51-Nome do Profissional 52-Conselho 53-Número 54-UF 55-Cód. C					
56-Data de Realização de Procedimento em Bloco					
1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-					
58-Observação / Justificativa					
59-Total 60.00	60-Total Taxas e Aluguel 0,00	61-Total Materiais RS 0,00	62-Total de CPME RS 0,00	63-Total de Medicamentos 0,00	64-Total Gases Medicinalis 0,00
65-Assinatura do Responsável pela Autorização					66-Assinatura do Contratado



Intermed

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2-NO. 1109353

Nº do protocolo:

Situação: AUTORIZADA

1-Registro ANS 416398	3-No. Guia Principal	4-Data de Autorização 05/09/19	5-Seria 2816642	6-Data Validação da Seria 05/10/19	7-Número da Guia Atribuído pela 41542172
8-Número da Carteira 933 0108600017010	9-Validade da Carteira 22/02/2024	10-Nome ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO	11-Número Cartão Nao Saude 700009075311103	12-Alimentação a RN NAO	
13-Código na Operadora 110000019	14-Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA PRIMAVERA	15-Nome do Profissional ITALO GOMES	16-UF PI	17-Código CBO 8 225125	20-Assinatura do Profissional
21-Cardiador da Solicitação 2	1-Estado 2-Urgência/Emergência 06/09/19 12:14	22-Data/Hora da Solicitação 06/09/19 12:14	23-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)	24-UF 22	25-Descrição Exames ferimentos, cicatrizes ou tumores - axila e região axilares
26-UF 22	26-Código do Procedimento 30101622	27-Qt. Solicitada 1	28-Qt. Autorizada 1	Status AUTORIZADO	
29-Cod. 110000019	30-Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA PRIMAVERA	31-CNES 9101963			
32-Tipo Atendimento PRONTO SOCORRO	33-Indicação de Atendimento Não Atendimento	34-Tipo de Consulta	35-Motivo Encerramento		
36-Data 05/09/19	37-Hr Inicial 12:25	38-Hr Final 12:29	39-Tabela 22	40-Cod Proced. 30101622	41-Descrição Exames ferimentos, cicatrizes ou
42-Cidade 1	43-Via 1	44-Tec. 1	45-%Recibo 428,09	46-Vlr. Unit. 428,09	47-Valor EXECUTADO
48-Seg. 48-Gr.Part.	50-Código na Operadora/CPF 51-Nome do Profissional	52-Correlativo	53-Número	54-UF	55-Cod. CBO
1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-	1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-	1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-	1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-	1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-	1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-
56-Observação / Justificativa					
58-Total 428,09	60-Total Taxas e Aluguéis 0,00	61-Total Materiais R\$ 0,00	62-Total de OpME R\$ 0,00	63-Total de Medicamentos 0,00	64-Total Gases Medicinais 0,00
65-Assinatura do Responsável pela Autorização		67-Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68-Assinatura do Contratado	

OK!

Paciente...: 122285 - ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO
Prescrição...: 1040142 Data: 05/09/2019 09:09
Atendimento: 754694 Dt Nasc: 18/07/1991 (28a 1m 19d)
Convênio...: INTERMED
Internação...: 05/09/2019 08:53 0 Dias(s) int
Médico...: ITALO GOMES SUCUPIRA - CRM 6421
FUNÇÃO: MEDICO(A)
Unid. Int.: Leito...: Cobertura:
Cid...: T148 OUTR TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO Diagnóstico:

felix: 80
1ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DAPIRONA SOL INJ. 1G-2ML						
-> AGUA DESTILADA SOL. INJ	1	AMPOLA		IV	AGORA	05/09/09:10
10ML	1	AMPOLA				
-> SERINGA DESC. 10CC CIBICO						
SIAGULHA	1	UND				
-> AGULHA DESC.						
CIDISP.18GX1(40X12)	1	UND				

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 RX BRACO (DIREITO) ; Exame: 181452						
3 RX ANTEBRACO (DIREITO) ; Exame: 181452						
4 RX MÃO OU QUIRODACTILOS (DIREITO) ; Exame: 181452						
5 RX PERNA (DIREITO) ; Exame: 181452						
6 RX PE OU PODODACTILOS (DIREITO) ; Exame: 181452						
7 TC CRANIO ; Exame: 181453						
Justificativa: Paciente vítima de politrauma						
Obs.: EXAME DE URGÊNCIA-SEM PREPARO.						
8 TC COLUNA DORSAL ; Exame: 181453						
Justificativa: Paciente vítima de politrauma						

Dr. Italo Gomes Sucupira
MEDICO
CRM 6421
ITALO GOMES SUCUPIRA
CRM 6421

Dados do Paciente:

Paciente: 122285 ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

Data de Nascimento: 18/07/1991

Idade: 28 Anos 1 Mês

Dados da Internação:

Atendimento: 754694

CID: T148 OUTR TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO

Convênio: 478 INTERMED

Dt Internação: 05/09/2019

Serviço: CLINICA MÉDICA

Leito:

Enfermaria:

Unidade:

Solicitação do Parecer:

Código: 26118

Data: 05/09/2019

Prestador: ITALO GOMES SUCUPIRA

Especialidade: 43 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Descrição: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO CARRO-MOTO) COM CAPACETE . SEM PERDA DE CONSCIENCIA.
RELATA DOR EM MSD E MID ; TRAZIDA PELO SAMU COM IMOBILIZAÇÃO DOS MEMBROS CITADOS PORÉM COM FUNÇÃO MOTORA PRESERVADA


Dr. Italo Gomes Sucupira
MÉDICO
CRM-PI 6421

ITALO GOMES SUCUPIRA

CRM 6421

RELATÓRIO

NOME: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

PRONTUÁRIO: 122285

DIAGNÓSTICO: T01 - FERIM ENVOLV MULT REGIOES DO CORPO

CONVÊNIO: INTERMED

PROCEDIMENTO: SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS, COM OU SEM DESBRIDA

CIRURGIÃO: ITALO GOMES SUCUPIRA

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO (TÉCNICA, SUTURAS, DRENAGENS, FECHAMENTO):

Paciente em decubito dorsal
Antissepsia com clorexidina
Posição de campos cirúrgicos
Anestesia local com lidocaína 2%
Exérese de tecido subcutâneo inviável em lesão extensa de tornozelo direito
Aproximação de bordos e sutura da lesão de tornozelo.
Sutura nas demais lesões.

CIRURGIÃO - C.R.M.


Dr. Italo Gomes Sucupira
MÉDICO
CRM-PI 6421

Dados do Paciente:

Paciente: 122285 ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

Data de Nascimento: 18/07/1991

Idade: 28 Anos 1 Mês

Dados da Internação:

Atendimento: 754694

CID: T148 OUTR TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO

Convênio: 478 INTERMED

Dt Internação: 05/09/2019

Serviço: CLINICA MÉDICA

Leito:

Enfermaria:

Unidade:

Solicitação do Parecer:

Código: 26118

Data: 05/09/2019

Prestador: ITALO GOMES SUCUPIRA

Especialidade: 43 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Descrição: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO CARRO-MOTO) COM CAPACETE . SEM PERDA DE CONSCIENCIA.
RELATA DOR EM MSD E MID ; TRAZIDA PELO SAMU COM IMOBILIZAÇÃO DOS MEMBROS CITADOS PORÉM COM FUNÇÃO MOTORA PRESERVADA

ITALO GOMES SUCUPIRA

CRM 6421

Resposta do Parecer:

Médico: 910 FREDERICO ARAUJO LEITE

Descrição: politrauma; foc mao direita, perna dir e tnz dir
rx sem lesões osseas evidentes
cd> sem conduta ortopedica no momento
aos cuidados da cir geral

~~Dr. Frederico Araújo Leite~~
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM-PI 3718 TEOT 12489

FREDERICO ARAUJO LEITE

CRM3718

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 05/09/2019 13:19:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: ANDRESSA DANTAS BORGES
DE ARAUJO

IDADE: 28 Anos

RG: 2897127

PESO:

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 18/07/1991

PRESTADOR ASSISTENTE: ITALO GOMES SUCUPIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 05/09/2019 08:53:36

ATENDIMENTO: 754694

TEMPO DE PERMANÊNCIA: -5 Hora(s)

CONVÊNIO: INTERMED

PLANO: DIAMANTE

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

T148 - OUTR TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

T148 - OUTR TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

T148 - OUTR TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

05-09-2019 TC COLUNA DORSAL

05-09-2019 TC CRANIO

05-09-2019 TC COLUNA DORSAL

05-09-2019 TC CRANIO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS ATENDIMENTO ASSISTENCIAL

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA:

Paciente avaliação pela equipe; estável hemodinamicamente; consciente, orientada, eupenica.
Tc de crânio e Rx sem alterações.
Avaliada pela ortopedia, sem conduta de urgência no momento.
Alta Hospitalar com receituário e orientação de retorno a urgência em caso de novos sintomas.

ITALO GOMES SUCUPIRA
DEBILITADO
CRM-8421

Atendimento: 754694

Paciente: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

Data de Nascimento: 18/07/1991

Médico Assistente: ITALO GOMES SUCUPIRA

Prestador Responsável: ANA KAROLINE SOUSA DE JESUS ARAUJO

Conselho / Número COREN - PI - 1198261

Idade: 28 Anos 1 Mês

Leito Atual:

Setor: PRONTO ATENDIMENTO

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 05/09/2019

Data anotação: 05/09/2019

Hora anotação: 09:31

Responsável: ANA KAROLINE SOUSA DE JESUS ARAUJO

Leito:

09:20 PACIENTE ADMITIDA NESTE SETOR DE URGENCIA TRAZIDA PELO SAMU, COM QUADRO DE: POLITRAUMA. AVALIADA PELO PLANTONISTA. CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, COLABORATIVO, NORMOTENSO, NORMOCARDIACO, BOA OXIMETRIA DE PULSO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SEM APORTE DE O2. PREPARADO MEDICAÇÃO. PUNCIONADO COM JELCO N20+POLIFIXO, ADM MEDICAÇÕES C.P.M. SOLICITADO EXAMES DE IMAGEM, SEGUE SOB OS CUIDADOS..
13:00 REALIZADO SUTURA EM MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR DIREITO..
13:30 PACIENTE REAVALIADA PELO MEDICO SEGUE DE ALTA+ORIENTAÇÕES..


ANA KAROLINE SOUSA DE JESUS ARAUJO
COREN 1198261

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0476253

NELLE ROZE SOARES MARQUES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 81/F 141

EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170683556 Nº 014208017658
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COO-RENAVAM
1 719886406 EXERCÍCIO 2019

ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

CPF / CNPJ 66827523349 PLACA HPE-8097

PLACA ANT / UF HPE-8097 CHASSI 9C2HA070XUR010561

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/C100 BIZ MARCA / MODELO 1998 1999

002P/097CC CAP / POT / OIL PARTIC CATEGORIA COR PREDOMINANTE AZUL

1º ISENTO VENC / COTAS 1º ISENTO

2º 3º IPVA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO OBSERVAÇÕES

SEM RESTRICÇÕES DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA () DATA 24/9/2019

ARAO MARTINS DO REGISTRO DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAÔ - SEGURO DPVAT

PI Nº 014208017658 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 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 24/9/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 66827523349 PLACA HPE-8097

RENAVAM 719886406 MARCA / MODELO HONDA/C100 BIZ

ANO FAB 1998 CAT USE 09 Nº CHASSI 9C2HA070XUR010561

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 36,04 DENATRAM (R\$) 4,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,04

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 ICF (R\$) 0,32 TOTAL JEFHNO/SEGURO (R\$) 84,58

X COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 19/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.408/0001-04

DETRAN

CONTRAN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427961/19

Vítima: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

CPF: 668.275.233-49

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/09/2019

Titular do CPF: ANDRESSA DANTAS
BORGES DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO : 668.275.233-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: <u>Andressa Dantas Borges de Araújo</u>		
RG: <u>2.897.127</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP-PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>-</u>
CPF: <u>668.275.233-49</u>	ESTADO CIVIL: <u>Casada</u>	PROFISSÃO: <u>Aux. Contabilidade</u>
ENDEREÇO: <u>Rua 23 de Abril</u>		Nº: <u>781</u>
COMPLEMENTO:		BAIRRO: <u>Vermelha</u>
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>PI</u>	CEP: <u>64019-320</u> TELEFONE: <u>(86) 99546-9418</u>

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: <u>NELLE ROZE SOARES MARQUES</u>		
RG: <u>4.119.262</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSS/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u>
CPF: <u>840.173.173-91</u>	ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRA</u>	PROFISSÃO: <u>RECUSO</u>
ENDEREÇO: <u>RUA 24 DE JANEIRO</u>		Nº: <u>544</u>
BAIRRO: <u>CENTRO</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	UF: <u>PI</u> CEP: <u>64000-235</u>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS – DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Andressa Dantas Borges de Araújo

Data do acidente de trânsito: 05/09/2019

Cobertura da vítima: Andressa Dantas Borges de Araújo

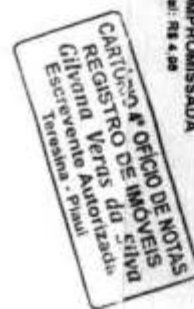


LOCAL / DATA: Teresina, 28 de novembro de 2019.

Andressa Dantas Borges de Araújo

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



GILVANA VERAS DA SILVA - ESCRIVÃ AUTORIZADA
Emitido em 28/11/2019 às 10:04:51
RG 2.897.127 - RG 0.10 Data: 28/11/2019 Total: R\$ 4,00

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAÚJO NO DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR P SEGURO DPVAT. EM TEST. DA VERDADE. DOU FE. TERESINA, 28/11/2019 10:04:51
SELO AAL 901829 / CNMV CONSULTAR EM WWW.IPIJUS.BR/portalextra



Ofício de Notas e Registro de Imóveis

Dr. ERLANE BEZERRA DOS SANTOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427961/19

Vítima: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

CPF: 668.275.233-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/09/2019

Titular do CPF: ANDRESSA DANTAS
BORGES DE ARAUJO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO : 668.275.233-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior