

---

**Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180578033**

**Vítima: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA**

**Data do Acidente: 02/11/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA**

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, 13 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180578033**

**Vítima: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA**

**Data do Acidente: 02/11/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA**

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

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

Para consulta com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0818285-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 730 - Cx. 70/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.060-740/0001-89 - Fone: (066) 321.303-5  
Rua Piauí / Caixa de Energia Elétrica - Série B-1  
Registro especial de empresa autorizada pela SEINF 06/98

Nº da Nota Fiscal 011578319

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

CONTA Nº	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	02/10/2018	51	29,48

MARIA DOS SANTOS S. PAIVA  
R. JOAO COSTA 100 S/C B-URBANO  
CPF: 00092491464349  
CEP: 64.178-000 - MORRO DO CHAPEU DO PIAUÍ

DT: 139.006.17.04.055650

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	6173	Atual:	23/08/2018
Anterior:		Anterior:	26/10/2018
Constante de Multiplicação:	51	Anterior Leitura:	24/09/2018
Consumo Medido:	51	Emissor:	25/09/2018
Consumo Faturado:	MEDIA 12M	Apresentação:	33
	FCAM		

RESID. BA. RENDA	MONO	TIPO DE SERVIÇO	CONSUMO	PREÇO UNITÁRIO	VALOR	PREÇO UNITÁRIO	VALOR

AGORA	CONSUMO	VALOR
JUL/18	36 A 38	0,59
JUN/18	21 A 23	0,59
MAI/18		10,30
ABR/18		2,74
MAR/18		23,60
FEV/18		17,12
JAN/18		0,53
DEZ/17		0,56
NOV/17		0,28
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
1 A 30		0,00
31 A 51		0,00

Valor R\$ 30,66  
08/2018  
FATURADO PELA MEDIA C/ IMPEDIMENTO DE LEITURA (Art 87), SUJEITO A  
SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (Art 171) - RES 414/10 ANEEL  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

167E.75FB.A2E9.0479.1EDB.736A.D067.7640

RESERVADO AO FISCO	COMPRAS	IMPOSTOS
8,81	42,49	
16,72	22,00	
Distribuição:		
Energia:	2,63	Base de Cálculos:
Transmissão:	2,66	Alíquota ICMS:
Encargos:	11,67	Valor do ICMS:
Tributos:		0,41
		Valor do PIS:
		1,92
		Valor do COFINS:

MARCHA DE CONTABILIZAÇÃO	
6,37	13,74 27,48 3,02 7,25 14,70 3,97
0,00	0,00 0,00
ESPERANTINA	07/2018 7,32

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
07 DEZ 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ OFF da vítima: 924.914.643-49 Nome completo da vítima: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

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

Nome completo: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA CPF: 924.914.643-49

Profissão: LAVRADORA Endereço: RUA JOÃO COSTA Número: 100 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: CENTRO Cidade: MORRO DO CHAPEU DO PIAUÍ Estado: PI CEP: 64.178-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): 86 994999528

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA)

☐ CONTA POUQUANÇA (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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3834 013 CONTA: 00028598 0 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (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.

## 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)

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

240-529391750-8

28/AGO/2018

HORA DE: 11:31:21

LOT: 16.022784-4

TERM: 048140

LOCALIDADE: MORRO DO CHAPEU DO PIADI

AG. VINCULADA: 3834

CONTROLE: 447043055

DEPOSITO EM DINHEIRO

3834 013 00026598-0

MARIA DS SILVA PAIVA

VALOR

:

00000

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPOSITO

240-529391750-8

19 VIA







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

500 v. 1.0

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 198738.000116/2018-00**

Delegado de Polícia



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ OFF da vítima: 924.914.643-49 Nome completo da vítima: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

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

Nome completo: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA OFF: 924.914.643-49

Profissão: LAURADORA Endereço: RUA JOÃO COSTA Número: 100 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: CENTRO Cidade: MORRO DO CHAPEU DO PIAUI Estado: PI CEP: 64.178-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): 86 994 999528

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA)

☐ 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3834 013 CONTA: 00028598 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE)

Dedaro, 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 do 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)

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura





MAL. DEODORO,  
CENTRO, ESPERANTINA/PI - 64180-000  
CNPJ: 06553564000308  
(86) 3383-1193 - ( )

Atendimento: P038271  
Data: 02/11/2016  
Funcionario: MACIELE

Registro: 23437  
Hora: 05:54:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: FEMININO  
**SUS**

Senha 7

**MARIA SANTOS SILVA PAIVA**

Nasc.: 03/09/1969 Idade: 47 ANOS, 2 MESES, 29 DIAS Profissão:  
End.: RUA JOAO COSTA, 100 - Bairro:  
Cor: PARDA Telefone: ( ) Mãe: MARIA ZULEIDE DA SILVA

CPF: - RG: 1821077 - SUS: 20925030460009  
Civil: CEP: 641780-  
Cidade: MORRO DO CHAPEU DO PIAUI/PI  
Pai:

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 2 - MEDICO DE PLANTAO  
Responsavel: MARIA SANTOS SILVA PAIVA - O MESMO

Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

**Procedimentos**

02/11/2016 5:54 0301060096 ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

☒ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE COM MOTOCICLETA EM AUTOESTRADA

Exame clínico/físico: FERIMENTO EXTENSO NO JECUHO (F)

**Diagnostico provavel:**

**Medicação:**

SUTURA APÓS LIMPEZA LOCAL  
DOS ANEXOS  
PREVENÇÃO DE INFECÇÃO/ANTIBIÓTICO/ANTINFLAMATÓRIO

**Procedimentos/exames realizados:**

Ass. Técnico

06.553.564/0003-00  
HOSPITAL ESTADUAL DR.  
JÚLIO HARTMAN  
Rua Marechal Deodoro, 341  
Centro CEP: 64.180-000  
Esperantina - PI



*Maria Santos Silva Paiva*

Responsavel: MARIA SANTOS SILVA PAIVA

*Dr. Raimundo Fontenele*  
Médico  
CRM-2032

2 - MEDICO DE PLANTAO

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

Para consulta com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0818285-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 730 - Cx. 70/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.060-740/0001-89 - Fone: (066) 301.303-5  
Rua Piauí / Caixa de Energia Elétrica - Série B-1  
Registro especial de empresa autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 011578319

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

COMTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	02/10/2018	51	29,48

MARIA DOS SANTOS S. PAIVA  
R. JOAO COSTA 100 S/C B-URBANO  
CPF: 00092491464349  
CEP: 64.178-000 - MORRO DO CHAPEU DO PIAUÍ

DT: 139.006.17.04.055650

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	6173	Atual:	23/08/2018
Anterior:		Anterior:	26/10/2018
Constante de Multiplicação:	51	Anterior Leitura:	24/09/2018
Consumo Medido:	51	Emissor:	25/09/2018
Consumo Faturado:	MEDIA 12M	Apresentação:	33
	FCAM		

RESID. BA. RENDA	MONO	TIPO DE SERVIÇO	CONSUMO	PREÇO UNITÁRIO	VALOR	PREÇO UNITÁRIO	VALOR

AGORA	CONSUMO	VALOR
JUL/18	36 A 11	0,59
JUN/18	21 A 13	0,59
MAI/18		10,30
ABR/18		2,74
MAR/18		23,60
FEV/18		17,12
JAN/18		0,53
DEZ/17		0,56
NOV/17		0,28
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
1 A 30		0,00
31 A 51		0,00

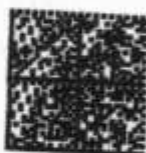
Valor R\$ 30,66  
08/2018  
FATURADO PELA MEDIA C/ IMPEDIMENTO DE LEITURA (Art 87), SUJEITO A  
SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (Art 171) - RES 414/10 ANEEL  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

167E.75FB.A2E9.0479.1EDB.736A.D067.7640

RESERVADO AO FISCO	COMPRAS	IMPOSTOS
8,81	42,49	
16,72	22,00	
Distribuição:		
Energia:	2,63	Base de Cálculos:
Transmissão:	2,66	Alíquota ICMS:
Encargos:	11,67	Valor do ICMS:
Tributos:		0,41
		Valor do PIS:
		1,92
		Valor do COFINS:

PARCERELAS DE CONTRIBUIÇÃO	VALOR
6,37	13,74
0,00	27,48
	3,02
	7,25
	14,70
	3,97
	0,00
ESPERANTINA	07/2018
	7,32

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
07 DEZ 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
TERESINA - PI

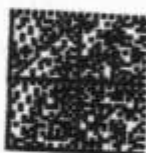


FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTO  
QD DIRCEU ARCOVERDE I, 15 - CS07TARARE  
64077-040 - TERESINA - PI



7214124955201640000000606030050618





FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTO  
QD DIRCEU ARCOVERDE I, 15 - CS07TARARE  
64077-040 - TERESINA - PI



7214124955201640000000606030050618



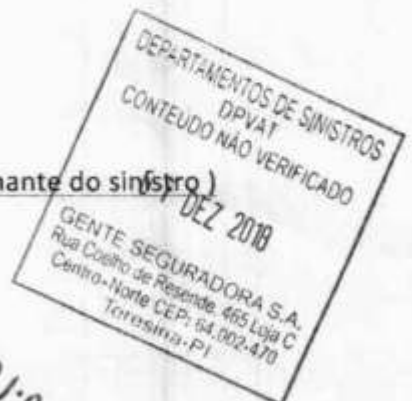
## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ EDMILSON CARVALHO PIRES FILHO,  
RG nº 1.249.289, data de expedição 26/10/2016  
Órgão SSP, portador do CPF nº 536.774.983-68 com  
domicílio na cidade de ESPERANTINA, no Estado de  
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA VEREADOR FRANCISCO LUSTOSA DE CASTRO, nº 158,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima MARIA DOS SANTOS SILVA PALVA cujo o condutor era  
MARIA DOS SANTOS SILVA PALVA.

Veículo: MOTO  
Modelo: HONDA/CB 125 FAN KS  
Ano: 2012  
Placa: 0CL-6988  
Chassi: 9C2JC4110CR430828  
Data do Acidente: 02/11/2016  
Local e Data: ESPERANTINA 22 DE NOVEMBRO 2018

 Jose Edmilson Carvalho Pires Filho  
Assinatura do Declarante

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





**HOSPITAL ESTADUAL JULIO HARTMAN**  
MAL. DEODORO, CENTRO  
CENTRO, ESPERANTINA/PI - 64180-000  
CNPJ: 06553564000308  
(86) 3383-1193 - ( ) -

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**  
Atendimento: P0205747  
Data: 02/11/2016  
Funcionario: ANDRE  
**Senha 1**  
Registro: 21156  
Hora: 05:30:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: FEMININO  
**SUS**

**MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA**

CPF: 924.914.643-49 - RG: 1821077 - SUS: 209245030460009  
Idade: 49 ANOS, 4 MESES, 5 DIAS Profissão: LAVRADOR Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64178-000  
Data: 03/09/1969  
Bairro: CENTRO Cidade: MORRO DO CHAPEU DO PIAUI/PI  
Mãe: MARIA ZULEIDE DA SILVA Pai: JOAO FRANCISCO DE PAIVA

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 2032 - RAIMUNDO RODRIGUES FONTINELE

Responsável: MARILUCIA ARAUJO SOUZA -

Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

**Procedimentos**

02/11/2016 5:30 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

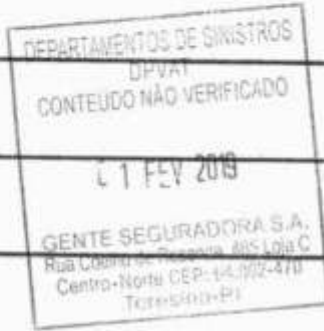
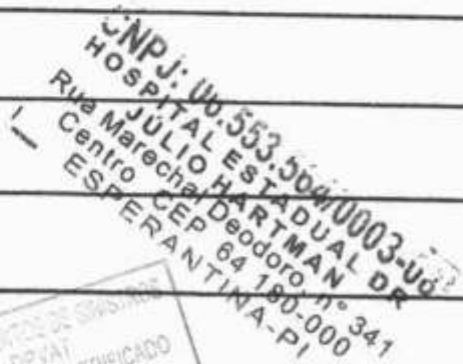
Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

*Acidente de moto  
com lesões contusas  
nos joelhos*



Dr. Raimundo Fontinele  
MÉDICO  
CPF: 356.672.83-30  
CRM-PI 2.01

*Marilucia Araujo Souza*



Identificação:	103672
Data:	02/11/2016
Hora:	13:14

MAL. DEODORO, O  
ESPERANTINA/PI

# BOLETIM DE ADMISSÃO

IN	PI
LUIZ	

**21156 - MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA**

- Sexo: FEMININO - 03/09/1969 - 47 ANOS, 2 MESES, 29 DIAS		COR: PARDA
Clínica: CLINICA MEDICA	Enfermaria: 05- ENFERMARIA - F	Leito: 0503
Escolaridade:		Convênio: SUS
CPF:	RG: 1821077	Médico: 2 - MEDICO DE PLANTAO
Endereço: RUA JOAO COSTA, N° 100 - CEP: 64178-000		SIS Prenatal:
Cidade: 2206670- MORRO DO CHAPEU DO		Bairro: CENTRO
Profissão:		Telefone: (86) 9810-35438
Pai: JOAO FRANCISCO DE PAIVA		Mãe: MARIA ZULEIDE DA SILVA
Responsável: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA - (86) 9810-35438 - O MESMO		
Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO		
Diagnostico Definitivo:		

**06.553.504/0003-081**  
HOSPITAL ESTADUAL DR.  
JULIO HARTMAN  
Rua Marechal Deodoro, 341  
Centro CEP: 64.160-000  
Espumangos - PI

## Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		

Transferido

## História Clínica

Acidente de moto com lesão  
contusa no joelho (E).

Diagnóstico Provável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
UPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
11 FEV 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresopolis-PI

Dr. Raimundo Fontenele  
Médico  
CRM 1917

MEDICO DE PLANTAO

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL ESTADUAL JULIO HARTMAN

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL ESTADUAL JULIO HARTMAN

2 - CNES

2373583

4 - CNES

2373583

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

209245030460009

10 - NOME DA MÃE

MARIA ZULEIDE DA SILVA

12 - ENDEREÇO

RUA JOAO COSTA, 100 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MORRO DO CHAPEU DO PIAUI

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/09/1969

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

21156

9 - SEXO

Masc.

1

Fem.

X 2

11 - TELEFONE DE CONTATO

( ) -

14 - Cód. IBGE Município

2206670

15 - UF

PI

16 - CIP

64178-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

06.553.564/0003-081

HOSPITAL ESTADUAL DR.

JULIO HARTMAN

Rua Marechal Deodoro, 841

Centro CEP: 64.180-000

Expansão - PI

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 400 - 1º andar  
Teresina - PI  
CEP: 64.002-470

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

CLÍNICA MÉDICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( x ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

MÉDICO DE PLANTÃO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/11/2016

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR

M230350101

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( x ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

**Resumo de Alta / Transferência**

**103672 - MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA**

Data: 02/11/2016 Leito: 0503

**RESUMO CLÍNICO**

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes:

106.543.554/0009-01

HOSPITAL ESTADUAL DR.

JULIO HARTMAN

Rua Marechal Deodoro, 301

Centro CEP: 86.160-000

Esperantina - PI

Diagnóstico principal:

Diagnósticos Secundários:

**Procedimentos Cirúrgicos**

- Cirurgia realizada:

tipo de anestesia / sedação:

Cirurgião:

Data: / /

- Cirurgia realizada:

tipo de anestesia / sedação:

Cirurgião:

Data: / /

**Procedimentos / Exames Invasivos**

Data: / /

Data: / /

Data: / /

**Condições de Alta / Transferência**

Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Óbito

Destino: ☐ Residência

☐ Atendimento domiciliar

☐ Transferência para:

Observação:

AGENTE \_\_\_\_\_ ENFERMARIA \_\_\_\_\_ LEITO 54 N° DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

Marcelo Santos Silva - PIAUÍ

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES
1. Dor de cabeça		07:00h Admitido em clínica médica - paciente do município do Morio do Chapéu, acompanhado da esposa, apresentando dor de cabeça, com uma colisão de motocicleta. (M)
2. 500mg - 21 g	10:00h	
3. 500mg - 21 g	10:00h	
4. 500mg - 21 g	10:00h	
5. 500mg - 21 g	10:00h	
6. 500mg - 21 g	10:00h	
7. 500mg - 21 g	10:00h	
8. 500mg - 21 g	10:00h	
9. 500mg - 21 g	10:00h	
10. 500mg - 21 g	10:00h	
11. 500mg - 21 g	10:00h	
12. 500mg - 21 g	10:00h	
13. 500mg - 21 g	10:00h	
14. 500mg - 21 g	10:00h	
15. 500mg - 21 g	10:00h	
16. 500mg - 21 g	10:00h	
17. 500mg - 21 g	10:00h	
18. 500mg - 21 g	10:00h	
19. 500mg - 21 g	10:00h	
20. 500mg - 21 g	10:00h	
21. 500mg - 21 g	10:00h	
22. 500mg - 21 g	10:00h	
23. 500mg - 21 g	10:00h	
24. 500mg - 21 g	10:00h	
25. 500mg - 21 g	10:00h	
26. 500mg - 21 g	10:00h	
27. 500mg - 21 g	10:00h	
28. 500mg - 21 g	10:00h	
29. 500mg - 21 g	10:00h	
30. 500mg - 21 g	10:00h	
31. 500mg - 21 g	10:00h	
32. 500mg - 21 g	10:00h	
33. 500mg - 21 g	10:00h	
34. 500mg - 21 g	10:00h	
35. 500mg - 21 g	10:00h	
36. 500mg - 21 g	10:00h	
37. 500mg - 21 g	10:00h	
38. 500mg - 21 g	10:00h	
39. 500mg - 21 g	10:00h	
40. 500mg - 21 g	10:00h	
41. 500mg - 21 g	10:00h	
42. 500mg - 21 g	10:00h	
43. 500mg - 21 g	10:00h	
44. 500mg - 21 g	10:00h	
45. 500mg - 21 g	10:00h	
46. 500mg - 21 g	10:00h	
47. 500mg - 21 g	10:00h	
48. 500mg - 21 g	10:00h	
49. 500mg - 21 g	10:00h	
50. 500mg - 21 g	10:00h	
51. 500mg - 21 g	10:00h	
52. 500mg - 21 g	10:00h	
53. 500mg - 21 g	10:00h	
54. 500mg - 21 g	10:00h	
55. 500mg - 21 g	10:00h	
56. 500mg - 21 g	10:00h	
57. 500mg - 21 g	10:00h	
58. 500mg - 21 g	10:00h	
59. 500mg - 21 g	10:00h	
60. 500mg - 21 g	10:00h	
61. 500mg - 21 g	10:00h	
62. 500mg - 21 g	10:00h	
63. 500mg - 21 g	10:00h	
64. 500mg - 21 g	10:00h	
65. 500mg - 21 g	10:00h	
66. 500mg - 21 g	10:00h	
67. 500mg - 21 g	10:00h	
68. 500mg - 21 g	10:00h	
69. 500mg - 21 g	10:00h	
70. 500mg - 21 g	10:00h	
71. 500mg - 21 g	10:00h	
72. 500mg - 21 g	10:00h	
73. 500mg - 21 g	10:00h	
74. 500mg - 21 g	10:00h	
75. 500mg - 21 g	10:00h	
76. 500mg - 21 g	10:00h	
77. 500mg - 21 g	10:00h	
78. 500mg - 21 g	10:00h	
79. 500mg - 21 g	10:00h	
80. 500mg - 21 g	10:00h	
81. 500mg - 21 g	10:00h	
82. 500mg - 21 g	10:00h	
83. 500mg - 21 g	10:00h	
84. 500mg - 21 g	10:00h	
85. 500mg - 21 g	10:00h	
86. 500mg - 21 g	10:00h	
87. 500mg - 21 g	10:00h	
88. 500mg - 21 g	10:00h	
89. 500mg - 21 g	10:00h	
90. 500mg - 21 g	10:00h	
91. 500mg - 21 g	10:00h	
92. 500mg - 21 g	10:00h	
93. 500mg - 21 g	10:00h	
94. 500mg - 21 g	10:00h	
95. 500mg - 21 g	10:00h	
96. 500mg - 21 g	10:00h	
97. 500mg - 21 g	10:00h	
98. 500mg - 21 g	10:00h	
99. 500mg - 21 g	10:00h	
100. 500mg - 21 g	10:00h	

06.553.664/0009-001  
HOSPITAL ESTADUAL  
JÚLIO HARTMAN  
Rua Wernher Unesio, 341  
Centro CEP: 64.180-000  
Esperantina - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
11 FEV 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresopolis-PI

HORA	TAX	P	R	PIA
10:30	36,4	74	19	120,80
18:00	37,6	76	20	120,80
22:30	36,2	82	19	110,17

Alta Hospitalar



**Clínica  
Santa Maria**

Número: SM023943

Nome: Maria dos Santos Silva Paiva

Médico:

Data Exame: 30/01/2019

## **RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO**

### **RELATÓRIO**

O estudo radiológico do joelho, realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Diminutos artefatos radiodensos em partes moles na região infrapatelar e lateral ao côndilo femoral lateral.

### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

Diminutos artefatos radiodensos em partes moles na região infrapatelar e lateral ao côndilo femoral lateral.



*Catarina Borges Alves*  
Catarina Borges Santana Alves  
CRM 4387

Rua Coronel Silvestre Lopes, 1005  
Esperantina – PI  
CEP 64180-000  
Tel.: (86) 3383-2501 998126-9627 99843-0956  
E-mail: [diagnosesantamaria@gmail.com](mailto:diagnosesantamaria@gmail.com)  
[www.facebook.com/jscarvalho.carvalho](http://www.facebook.com/jscarvalho.carvalho)

MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

49A 4M.F.SM023943

SL1

Ver pos: AP

Desc. do estudo: MEMBROS INFERIORES

Desc. da série: JOELHO

ID da placa: B2UOMT0959

< 1 - 1 >

Clinica Sand

[ 30/01/2019 09:54

Agfa CR

Me



A  
E





PERFIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 9993045670  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 396932088 RNTRO EXERCÍCIO 2012

NOME  
JOSE EDIMILSON CARVALHO PIRES PI  
LHO  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

OPT. CIPV 53677498368 PLACA OCL-6988

PLACA ANT./UF OCL-6988 CHASSI 9C2JC4110CR430828

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/VEHICULO COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP./POT./CIL 02P/0124CC CATEGORIA PARTIC COR. PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º IPVA  
PARA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 00000000 2º  
3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 000,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO 21/08/2012

SEM RESTRIÇÕES DE PORTE OBRIGATORIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL ESPERANTINA DATA 21/08/2012

PI Nº 9993045670 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2012  
53677498368 OCL-6988

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI Nº 9993045670 EXERCÍCIO 2012 DATA EMISSÃO 21/08/2012

VIA 1 OPT. CIPV 53677498368 PLACA OCL-6988

RENAVAM 396932088 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2011 CHASSI 9C2JC4110CR430828

PRÊMIO TARIFÁRIO

045,00 (R\$) 015,00 (R\$) 050,00 (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$)

PAGAMENTO GOTA UNICA PARCELADO DATA DE QUOTACÃO 21/08/2012

Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.600/0001-04

MAI-2012

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 9993045670  
01/2012 14 9286 86368528428

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
PI-396932088-14-9286-86368528428

NOME JOSE EDIMILSON CARVALHO PIRES PI  
LHO  
R.V. FRANCISCO JOSE CARVALHO 00166  
CENTRO

PLACA OCL-6988

CHASSI 9C2JC4110CR430828

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CATEGORIA PARTIC COR. PREDOMINANTE PRETA

PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00

SEM RESTRIÇÕES

LOCAL ESPERANTINA

DATA 21/08/2012

DETRAN

CONTRON

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180578033 **Cidade:** Morro do Chapéu do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA **Data do acidente:** 02/11/2016 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## DANOS

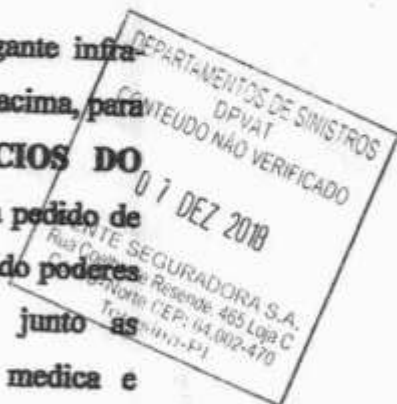
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

<b>OUTORGANTE:</b> MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA		
<b>Nacionalidade:</b> Brasileiro (a)	<b>Estado Civil:</b> SOLTEIRA	<b>Profissão:</b> LAVRADORA
<b>Identidade nº</b> 1.821.077	<b>CPF nº</b> 924.914.643-49	
<b>Endereço:</b> RUA JOÃO COSTA 100, CENTRO, MORRO DO CHAPEU DO PIAVI		
<b>CEP:</b> 64.178.000	<b>Telefone:</b> (86) 994999528	

**OUTORGADO:** FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS, brasileiro, solteiro, estudante, portador do CPF: nº 028.107.623-50 e RG: nº 2.974.322, mail [advfranciscosantos10@gmail.com](mailto:advfranciscosantos10@gmail.com), telefone (86) 999555364, residente e domiciliado à quadra 15 casa 07, Dirceu II, CEP: 64077-040, Teresina-PI.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração o outorgante infra assinado nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado qualificado acima, para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a 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 medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** para a vitima



ESPERANTINA, 12 NOVEMBRO 2018

Local/data

1º OFÍCIO  
Esperantina-PI

Maria dos Santos Silva Paiva

Outorgante

**CARTÓRIO DEDEUS C LAGES - 1º OFÍCIO**  
 MARIA DE DEUS CARVALHO LAGES - TABELIA  
 CNPJ: 06.842.595/0001-09 - CN: 07.841-8  
 PRAÇA LEONIDAS MELO, CENTRO - Nº 50 - ESPERANTINA - PIAUÍ

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA. E TEST. DA VERDADE. DOU FE. ESPERANTINA, 12/11/2018 15:58:27

Kelly Coelho Silva Lages

KELLY COELHO SILVA LAGES - ESCRIVENTE  
 Enrol. R\$ 3.711,72 - R\$ 0,74 Seio: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,71

**CNPJ: 06.842.595/0001-09**  
**CARTÓRIO DE DEUS C. LAGES**  
 Praça Leonidas Melo nº 50  
 CEP: 64.180-000  
 Teresina - Piauí

Reconhecimento de Firma  
 ABK 57896

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0444162/18

**Vítima:** MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

**CPF:** 924.914.643-49

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/11/2016

**Titular do CPF:** MARIA DOS SANTOS  
SILVA PAIVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS : 028.107.623-50

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

### MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA : 924.914.643-49

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](http://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: 07/12/2018  
Nome: FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS  
CPF: 028.107.623-50

FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/12/2018  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa