

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 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



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, 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.

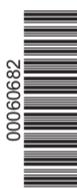
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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 ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	924.914.643-49	MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO DO SISTEMA SEGURO DPVAT N° 445/2012			
Nome completo:	MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA		CEP:
Profissão:	LAVRADORA	Endereço:	RUA João COSTA
Bairro:	CENTRO	Estado:	PI
Email:	86994999528		

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco Itaú Banco do Brasil Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3834 013 CONTA: 000.28598 0
(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 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 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 Lider 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: 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: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

+ Maria dos Santos Silva Paiva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Lotarias CAIXA Lo
Lotarias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 18000 726 0101
ODIVULGARIA 0800 725 7474

240 529391750-8

28/AGO/2018 HORA DE 11:31:23

LOT: 16.022784-4 TERM: 848148
LOCAL IDADE: MORRO DO CHAPEU DO PIAUÍ
AG. VINCULADA: 3834 CONTROLE: 447043055

DEPOSITO EM DINHEIRO

3834 013 00026598-0

MARIA DOS SANTOS PAIVA

VALOR : 00000

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

ESTE RECEBO E' VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

240 529391750-8

1a VIA





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 198738.000116/2018-00

Unidade de Registro: 13º DRPC - ESPERANTINA

Resp. pelo Registro: Sebastião Santos Gonçalves

Data/Hora: 06/12/2018 - 09:21

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE MORRO DO CHAPÉU DO PIAUÍ

Data/Hora

02/11/2016 - 05:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

MORRO DO CHAPÉU DO PIAUÍ

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

RODOVIA PI 214 - NOVA VIDA, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

4013 90

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: MARIA ZULEIDE DA SILVA

Pai: JOÃO FRANCISCO DE PAIVA

Endereço: RUA JOÃO COSTA, Nº 100

Complemento: CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: MORRO DO CHAPÉU DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-8137-7933

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG 125 FAN KS

2012 OCL6988 9C2JC4110CR430828

396932088

Preta

Condutor: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

End: RUA JOÃO COSTA Número: 100 Complemento: CENTRO

Cidade: MORRO DO CHAPÉU DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: JOSÉ EDIMILSON CARVALHO PIRES FILHO

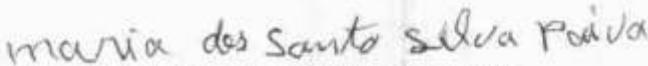
End: RUA VER. FRANCISCO L. CASTRO Número: 158

Cidade: ESPERANTINA UF: Bairro: CENTRO

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATOU a vítima que se envolveu num acidente de trânsito na rodovia quando pilotava o veículo citado e atingiu um suíno, caiu e sofreu um ferimento extenso no joelho esquerdo e outras escoriações leves pelo corpo; Afirma a vítima que estava acompanhada da condutora Marilucia Araujo Sousa, a qual não sofreu ferimentos; Cita a vítima que foi amparada por seu irmão Domingos Chaves e foi conduzida para o Hospital Estadual Dr. Julio Hartman de Esperantina onde recebeu atendimento clínico.


 Sebastião Santos Gonçalves - Mat. 0385042
 ESCRIVÃO DE POLÍCIA


 maria dos Santos Silva Paiva
 MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA - Noticiante
 Responsável pela Informação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Chagas do Resende, 455 Loja C



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

Nº do sinistro ou AS:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	924.914.643-48	MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO DO DOCUMENTO SEUPE N° 445/2012				
Nome completo:	MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA		CPF:	924.914.643-48
Profissão:	LAVRADOR	Endereço:	RUA João COSTA	Número: 100 Complemento:
Barro:	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).

RENDIMENTO MENSAL:
 REUSO 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 Itaú
 Banco do Brasil Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3836-01 CONTA: 000.28598 (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 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 efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI PREenchimento SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI 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 Lider 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 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: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

↓ Maria dos Santos Silva Paiva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



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

Vila de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P038271
Data: 02/11/2016
Funcionário: 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 -

Cor: PARDA

Telefone: ()

Bairro:

Mãe: MARIA ZULEIDE DA SILVA

Civil:

CEP: 641780-

Cidade: MORRO DO CHAPEU DO PIAUI/PI

País:

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 2 - MEDICO DE PLANTAO

Responsável: 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 moto em Auto Estrada

Exame clinico/físico:

FERIMENTO EXTENSO no JOELHO (R).

Diagnóstico provável:

Medicação:

*SUTURA ADOS LINHA LOCAL
dos ferimentos.*
*INSCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICO / TUTINOPAM
TÓXICO.*

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico



508.553.564/0003-000
HOSPITAL ESTADUAL DR.
JÚLIO HARTMANN
Rue Marshal Deodoro, 361
Centro CEP: 64.180-000
Esperantina - PI

Maria Santos Silva Paiva
Dr. Reinaldo Ferreira
Médico
CRM: 2032

Responsável: MARIA SANTOS SILVA PAIVA

2 - MEDICO DE PLANTAO



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0818285-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Rondon 739 - Cx. 3000 - Teresina - PI
CNPJ 00.000.746/0001-80 - Ins. Estadual: 18.301.389-5
Nº da Fazenda / Consórcio Energia Piauí - Série 6-1
Número e opção do Imposto de Renda declarado pela SEFAZ 06/2018

Nº da Nota Fiscal 011578319

A Taxa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.435 de 25 de abril de 2002.

CONTA MÉDIA 011578319 TOTAL A PAGAR 29,48
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 CONTA		6234	DADOS DA LEITURA		25/09/2018
Atend:	6173		Atend:	23/08/2018	
Anterior:			Anterior:	26/08/2018	
Corretaria de Multiplicação:	51		Produção Leitura:	24/09/2018	
Consumo Medidor:	51	FCAM	Entrega:	25/09/2018	
Consumo Padrão: MÉDIA 12M			Apresentação:	33	

RESID. BÁ. RENDA	MÔD. Aplic.	402/23.165	TAXA DE JUROS	Ponto	1,61%	51
AGO/18 51						
JUL/18 56	CONSUMO	36.411,00	0,246322	-	5,59	
JUN/18 65	21 A 43 0,490937 =				10,30	
MÁI/18 55	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)				2,74	
ABR/18 48	DIFERENCA DE TARIFA				23,60	
MÁR/18 45	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA				17,12-	
FÉV/18 47	CORRECAO MONETARIA IG 07/18-00				0,53	
JAN/18 46	MULTA POR ATRASO 07/18-00				0,56	
DEZ/17 52	JUROS DE MORA DE IMPO 07/18-00				0,28	
NOV/17 50	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,13				
TARIFA SEM TRIBUTOS: 3 A 30 - 0,40720 3 A 51 - 0,35230						

Nota Faturada Válida: 08/2018
08/2018 38,66 Fatura é válida a partir de 10/10/2018. O fato pagamento pode ser cancelado também a inclusão do nome do consumidor no
contrato, caso tenha avultado o pagamento feito desconsiderar
este aviso.
FATURADO PELA MÉDIA C/ IMPEDIMENTO DE LEITURA (Art 87), SUJEITO A
SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (Art 171) - RES 414/18 ANEEL
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15 10 15 20 25

167E.75FB.A2E9.0479.1EDB 736A.D067.7640						
RESERVADO AO FISCO		8,81	IMPORTE		42,49	
Distribuidor:	2,63		Base de Cálculo:	22,000		
Energia:	2,66		Aliquota ICMS:	9,34		
Transmissão:	11,67		Valor da ICMS:	0,41		
Impostos:			Valor do PIS:	1,92		
Tributos:			Valor do COFINS:			
VALORES DAS TAXAS DE CONSUMO						
6,87	13,74	27,43	3,62	7,35	14,70	3,97
0,00			0,00		0,00	
ESPERANTINA			07/2018		7,32	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 DEZ 2018

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



http://www.ijerpi.org

FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTO
QD DIRCEU ARCOVERDE I, 15 - CS07/TARARE
64077-040 - TERESINA - PI



DEPARTAMENTOS DE SANEAMENTO
DPVAT
CONTENDIDO NÃO VERIFICADO
01 DEZ.

07 DEZ 2010
SEC

7 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 54.002-470
Tel: (45) 3311-2141



W W W W W W W W W W W W W W W W W W W W

FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTO
QD DIRCEU ARCOVERDE I, 15 - CS07/TARARE
64077-040 - TERESINA - PI



DEPARTAMENTOS DE SANEAMENTO
DPVAT
CONTENDIDO NÃO VERIFICADO
01 DEZ.

07 DEZ 2010
SEC

7 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 54.002-470
Tel: (45) 3311-2141

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ EDIMILSON 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
PIAUI, 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 PAIVA cujo o condutor era
MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA.

Veículo: MOTO HONDA CG 125 FAN KS
Modelo: HONDA CG 125 FAN KS

Ano: 2012

Placa: OCL-6988

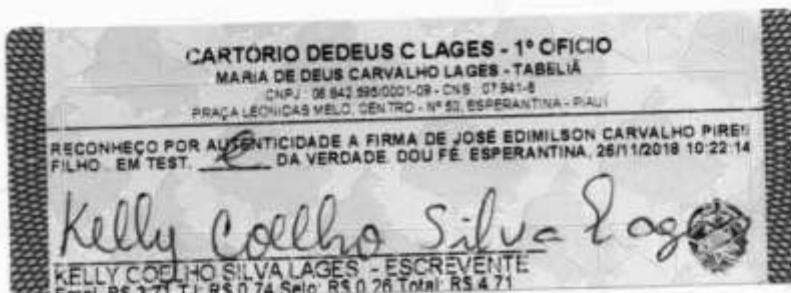
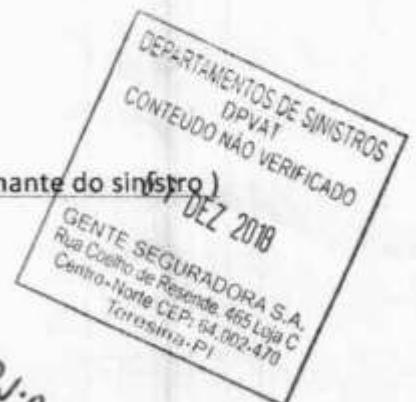
Chassi: 9C2JC4110CRU30828

Data do Acidente: 02/11/2016

Local e Data: ESPERANTINA 22 DE NOVEMBRO 2018


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

Registro:21156
Hora: 05:30:00
Tipo:CONSULTA
Sexo: FEMININO
SUS

Senha 1

MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

sc.: 03/09/1969 Idade: 49 ANOS,4 MESES,5 DIAS Profissão: LAVRADOR
d.:JOAO COSTA, 100 - Bairro: CENTRO Civil: SOLTEIRO(A) CEP:64178-000
: Parda Telefone: (86) 9810-35438 Mãe: MARIA ZULEIDE DA SILVA Cidade: MORRO DO CHAPEU DO PIAUI/PI
linica: CLINICA MEDICA Documento: 2032 - RAIMUNDO RODRIGUES FONTINELE
esponsavel: MARILUCIA ARAUJO SOUZA - Temp.:°c Peso:Kg P.A.:

Procedimentos

2/11/2016 5:30 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

ueixa principal:

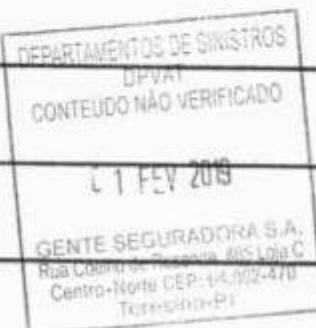
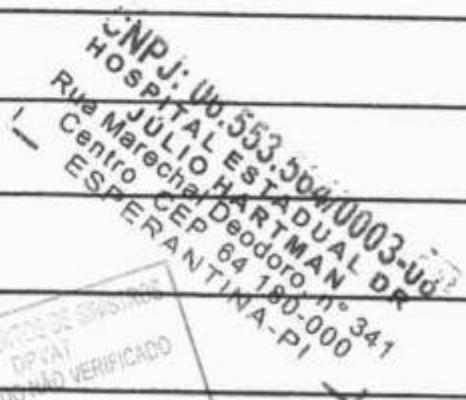
Aidente de moto
com lesão contusão
nos joelhos

xame clinico/fisico:

agnostico provavel:

edicação:

ocedimentos/exames realizados:



Mari Lucia Araujo Souza

Dr. Raimundo Rodrigues Fontinele
CRM-PI 2.070
S2P 336 6710-10

00103672
Data: 02/11/2016
Hora: 13:14

MAL. DEODORO, 0
ESPERANTINA/PI

Luis

BOLETIM DE ADMISSÃO

21156 - MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

- Sexo: FEMININO - 03/09/1969 - 47 ANOS, 2 MESES, 29 DIAS COR: PARD

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: 05- ENFERMARIA - F Leito: 0503 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 2 - MEDICO DE PLANTAO

CPF: RG: 1821077 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: RUA JOAO COSTA, N° 100 - CEP: 64178-000 Bairro: CENTRO

Cidade: 2206670- MORRO DO CHAPEU DO Profissão: Telefone: (86) 9810-35438

Pai: JOAO FRANCISCO DE PAIVA Mãe: MARIA ZULEIDE DA SILVA

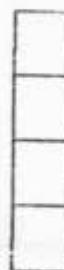
Responsavel: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA - (86) 9810-35438 - O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

06.553.564/0003-081
HOSPITAL ESTADUAL DR.
JÚLIO HARTMAN
Rua Marechal Deodoro, 841
Centro CEP: 64.150-000
Esperantina - PI

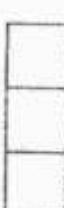
Resultado



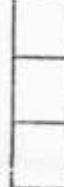
Curado



Removido



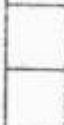
48 Horas



Melhorado



Pedido



148 Horas



Inalterado



Evasão



Obito



Piorado

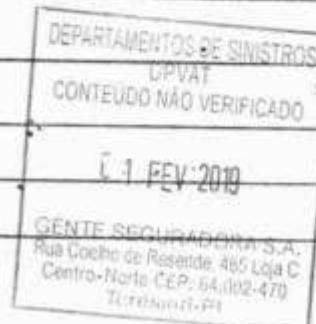
Indisciplina

Transferido

História Clínica

Acidente de moto com lesão contusa no joelho (5).

Diagnóstico Provável



Dr. Raimundo Fontenelle
Médico
CRM 2111

MEDICO DE PLANTAO

SUS**Sistema
Único de
Saúde****Ministério
da
Saúde****LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL ESTADUAL JULIO HARTMAN
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL ESTADUAL JULIO HARTMAN

2 - CNIS:

2373683

4 - CNIE:

2323683

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 PIAUÍ

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/09/1969

6 - N° DO PRONTUÁRIO

21156

9 - SEXO

Marc. 1 Tom X 2

11 - FONE DE CONTATO

() -

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2206670

15 - UF

16 - CEP

PI

64178-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

56.553.564/0003-081**HOSPITAL ESTADUAL DR.****JÚLIO HARTMAN****Rua Marechal Deodoro, 841****Centro CEP: 64.180-000****Esposo São - 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 SECUNDARIO

23 - CAUSAS ASSOC.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 450
Teresina - PI**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CLINICA MEDICA URGÊNCIA () CNS (x) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

MEDICO DE PLANTAO

02/11/2016

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° 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 SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

M230350101

45 - DOCUMENTO

46 - N° 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 / Medicações relevantes:

106.543.564/0003-01

HOSPITAL ESTADUAL DR.

JÚLIO HARTMAN

Rua Marechal Deodoro, 341

Centro CEP: 86.160-000

Esperantina - PI

Diagnóstico principal:

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos

- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

do de anestesia / sedação: _____ Data: ____ / ____ / ____

- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

do de anestesia / sedação: _____ Data: ____ / ____ / ____

Procedimentos / Exames Invasivos

Data: ____ / ____ / ____

Data: ____ / ____ / ____

Data: ____ / ____ / ____

Condições de Alta / Transferência

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Destino: Residência Atendimento domiciliar Transferência para: _____

Serviço: _____



Número: SM023943 Data Exame: 30/01/2019
Nome: Maria dos Santos Silva Paiva
Médico:

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
www.facebook.com/jscarvalho.caravalho

MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

49A 4M.F.SM023943

SL:1

Vei pos: AP

Desc. do estudo: MEMBROS INFERIORES

Desc. da serie: JOELHO

ID da placa: B2UQMT0959

<1 - 1>

Clinica Sant

| 30/01/2019 .09:54

Agtc CP

Me



A

B

PERFIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	PERÍODO	EXERCÍCIO
1	396932688		2012
NOME			
JOSE EDDMILSON CARVALHO PIRES PI			
ENDERECO		PLACA	
53677498368		OCL-6988	
PLACA ANT./UF		CHASSI	
OCL-6988		9C2JC4110CR430828	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PASSEIO/PILOTOC/PODO/GENERIC		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN K3		2011	2012
CAP/POD/CL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
02P/0124CC		PARTIC	PRETA
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS
I		1º PAGO	
P		2º	
V		3º PAGO	
A		00000000	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		OP (R\$)	
SEGURADO OBRIGATÓRIO		PREÇO TOTAL (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO			
SEM RESTRIÇÃO DE PÓRTE OBRIGATÓRIA			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAL		DATA	
ESPERANTINA		21/08/2012	

DENATRAN

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

DETAN - PI
03/2012/0149205

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PROIBIDA A TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE

VIA	COD. RENAVAM	PERÍODO	EXERCÍCIO
1	396932688		2012
NOME			
JOSE EDDMILSON CARVALHO PIRES PI			
ENDERECO		PLACA	
53677498368		OCL-6988	
PLACA ANT./UF		CHASSI	
OCL-6988		9C2JC4110CR430828	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PASSEIO/PILOTOC/PODO/GENERIC		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN K3		2011	2012
CAP/POD/CL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
02P/0124CC		PARTIC	PRETA
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS
I		1º PAGO	
P		2º	
V		3º PAGO	
A		00000000	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		OP (R\$)	
SEGURADO OBRIGATÓRIO		PREÇO TOTAL (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO			
SEM RESTRIÇÃO DE PÓRTE OBRIGATÓRIA			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAL		DATA	
ESPERANTINA		21/08/2012	

DENATRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAL CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES SOBRE TERRENO, VIADO, OU GUARDA-VIDRO, MESMO
QUE NÃO SEJA PROPRIETÁRIO DA VEÍCULO

PI N° 9993045670 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VALOR	2012
33677498368	OCL-6988

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI N° 9993045670 EXERCÍCIO DATA VENCIMENTO

VIA	33677498368	PLACA
1	OCL-6988	OCL-6988

RENAVAM	MARCA / MODELO
396932688	HONDA/CG 125 FAN K3
ANO FAB.	ANO MOD.
2011	2012

OP (R\$)	OCL-6988	OP (R\$) PARCELA
000,00	000,00	000,00
VALOR DO BILHETE (R\$)		PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)
000,00		000,00
PAGAMENTO		VALOR DE OUTRAS
COTA UNICA		1200,00 / CUE
PARCELADO		

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.246.606/0001-04

MAP-2012

DETAN - PI	03/2012/0149205	CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	OP (R\$)
0	396932688	9C2JC4110CR430828	000,29
ENDERECO		DATA	
ESPERANTINA		21/08/2012	

DENATRAN

DENATRAN

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

Valorização 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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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

OUTORGANTE:

MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: SOLTEIRA	Profissão: LAVRADORA
Identidade nº 1.821.077	CPF nº 924.914.643-44	
Endereço: RUA JOÃO COSTA 100, CENTRO, MORRO DO CHAPEU DO PIAUÍ		
CEP: 64.178.000	Telefone: (86) 994 999528	

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, 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 médica 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 vítima.



ESPERANTINA, 12 NOVEMBRO 2018

Local/data

Maria dos Santos Silva Paiva

Outorgante

1º OFÍCIO
Esperantina-PI

CARTÓRIO DE DEUS C LAGES - 1º OFÍCIO
MARIA DE DEUS CARVALHO LAGES - TABELÍA
UNP: 06842.595/0001-09 - CNB: 07.841-8
PRACA LÉONIDAS MELO, CENTRO - Nº 50, ESPERANTINA - PIAUÍ

FRECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA. E.
TEST. Kelly Coelho Silva Lages DA VERDADE. DOU FÉ. ESPERANTINA, 12/11/2018 15:56:27

Kelly Coelho Silva Lages

KELLY COELHO SILVA LAGES - ESCREVENTE
Email: R\$ 3,71 TJ: R\$ 0,74 Seio: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,71

CNPJ: 06.842.595/0001-09

CARTÓRIO DE DEUS C. LAGES
Sala da Fazenda: 050 Melo nº 50
Autenticidade
Firma Judicial
Firma de Poder
Assento Notarial
Requisição e
Julgamento

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2016

Titular do CPF: MARIA DOS SANTOS
SILVA PAIVA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS

Paula Vargens Mendes da Costa