

Browser tabs: Email - Alana, Controle de, Mensagens, Nucleo de, Audiências, PJE Consulta pr, PJE 0821832-51, Baixar o arq, (40) WhatsA, +

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=574853&ca=475a6d94ea67115da370363dc8cc3c9b9c...

Processo Virtual Na... (33) WhatsApp Portal do Advogado Google Zimbra: Movimenta... Publicações Email - Alana Lima... Online Video Cutter...

PJE ProceComCiv 0821832-51.2020.8.18.0140
ADRIANA MARTINS DE ARAUJO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

14368347 - CONTESTAÇÃO (2777550 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 29/01/2021 10:44:26

29 Jan 2021

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 14368345 - CONTESTAÇÃO
 - 14368347 - CONTESTAÇÃO (2777550 CONTESTACAO 01)
 - 14368348 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 14368356 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 14368357 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 14368362 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

10:44

downloadBinario.seam 1 / 9 100% +

2777550- CS/ 2020-04767/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08218325120208180140

PT 10:45 29/01/2021



Número: **0821832-51.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **29/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.367,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADRIANA MARTINS DE ARAUJO (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14368348	29/01/2021 10:44	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200190609

Vítima: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANA MARTINS 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

Carta nº 15810738

Pag. 00587/00588 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200190609

Vítima: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ADRIANA MARTINS DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000699**

Conta: **0000066634-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200190609 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO **Data do acidente:** 15/02/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 2º E 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA. P.2,6,15

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DE FALANGE DISTAL DE 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA, REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSCHNER EM 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA) E ALTA MÉDICA. P.11,12,17

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 954.376.573.15 4 - Nome completo da vítima: Adriana Martins de Azevedo

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

5 - Nome completo: Adriana Martins de Azevedo 6 - CPF: 954.376.573.15
7 - Profissão: autônoma 8 - Endereço: Rua. Ouro Fino 9 - Número: 2377 10 - Complemento:
11 - Bairro: subúrbio 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 9-8887.7169

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0699 013 CONTA: 66634 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vairascer)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário do requerido

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina, Piauí 25.05.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000220/2020-53

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Resposta Registro:** Michelly Dayanne Soares Do Nascimento

Delegado: ERIKA MOURÃO MELO DE AGUIAR

Data/Hora: 21/05/2020 - 15:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

15/02/2020 - 15:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

POTI VELHO

Endereço

RUA ISIDORO FRANÇA, Nº: 00

Complemento

Ponto de Referência

PROXIMO AO PANELEIRO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2250610 SSP PI

Mãe: MARIA MARTINS DA SILVA

Pai: DAMASIO PEREIRA DE ARAUJO

Endereço: RUA OURO FINO, Nº 2377

Complemento: SANTA ROSA

Bairro: MONTE VERDE

Cidade: TERESINA - CEP: 64000-000

Telefone(s): 86-8874-7349

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

OBJETO(S) MATERIAL(IS) ENVOLVIDO(S)

1 - OUTROS.

Cor: Vermelha

Qtd: 1

Valor: 0,00

Modelo: HONDA /BIZ 125 ES

Marca: HONDA BIZ 125 ES

Nº Série:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA RELATA QUE CCONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/ BIZ 125 ES DE PLACA PIP-7588 RENAVAM 01067884154, CHASSI 9C2JC4820FR602843 DO ANO DE 2015/2015 COR VERMELHA DE PROPRIEDADE DA NOTICIANTE/VITIMA , VINHA NA VIA CITADA QUANDO UM AUTOMOVEL NAO INDENTIFICADO INVADIU A MINHA PREFERENCIAL E PROVOCOU A COLIÇÃO . FUI SOCORRIDA POR TERCEIROS E LEVADA PARA O HUT (PRONT. 5380550). DECLARAÇÃO DE MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE .

Delegacia Virtual - WEB

ADRIANA MARTINS DE ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Parolha
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 1196.331-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 954.376.573.15 4 - Nome completo da vítima: Adriana Martins de Azevedo

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

5 - Nome completo: Adriana Martins de Azevedo 6 - CPF: 954.376.573.15
7 - Profissão: autônoma 8 - Endereço: Rua. Ouro Fino 9 - Número: 2377 10 - Complemento:
11 - Bairro: subúrbio 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 9-8887.7169

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0699 013 CONTA: 66634 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vair 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário do requerimento

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina, Piauí 25.05.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00699

CONTA: 000000066634-7

Nr. da Autenticação 79AE7427C69E7861





Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0969504-4

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 036423107

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\$)
ABRIL/2020	05-05-2020	70	62,61

FRANCISCO FERREIRA DA SILVA
R. OURO FINO 2377 2377 B-URBANO
CPF: 00035405910368
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 3.001.24.03.010300

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		13976	Atual:	02/04/2020
Anterior:		13906	Anterior:	04-03-2020
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima Leitura:	05-05-2020
Consumo Medido:		70	Emissão:	01-04-2020
Consumo Faturado:		70	Apresentação:	02-04-2020
Forma de Faturamento:	NORMAL		Dias de Consumo:	29
		FCAM		
		Código de Irregularidade:		





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 18.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 08/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051867-0

Nº da Nota Fiscal 027701995

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

CONTA MÊS
SETEMBRO/2019

VENCIMENTO
01/10/2019

CONSUMO (kWh)
162

TOTAL A PAGAR (R\$)
164,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

LEP: 04.000-902 - FERESINA		R01: 17.001.31.11.020100	
DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	13692	Atual:	24/09/2019
Anterior:	13530	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	162	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	162	Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo	DESCRIÇÃO DA CONTA				
AGO/19	158	CONSUMO	162 A R\$ 0,912203 =	147,77	
JUL/19	151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		12,74	
JUN/19	154	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00		0,01	
MAI/19	140	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00		0,16	
ABR/19	143	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00		0,24	
MAR/19	153	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00		0,03	
FEV/19	204	MULTA POR ATRASO 08/19-00		2,89	
JAN/19	133	JUROS POR ATRASO 08/19-00		0,43	
DEZ/18	136	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	6,47		
NOV/18	160				

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 162 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E					
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$		
Distribuição:	31,07		Base de Cálculo:	147,77	115,26
Energia:	60,00		Alíquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	10,14		Valor do ICMS:		32,50
Encargos:	4,96		Valor do PIS:	1,40%	1,62
Tributos:	41,60		Valor do COFINS:	6,49%	7,48
INDICADORES DE CONTINUIDADE					
DIC		PIC		DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23
Realizado	0,00			0,00	
Composto	TERESINA-MACALIBA			Período de apuração:	07/2019
				EURO:	53,46

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0051867-0	164,27
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2019	01/10/2019
Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM	

83620000001 3 64270017000 3 00000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:44:25

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910442549400000013585185

Número do documento: 21012910442549400000013585185

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Menezes de Oliveira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 954.376.573-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Adriana Martins de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 954.376.573-15

do sinistro de DPVAT cobertura imediatas da Vítima Adriana Martins de Araújo

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 954.376.573-15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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 junho</u>	Número: <u>554</u>	Complemento:
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Turima</u>	Estado: <u>DF</u>
E-mail:		CEP: <u>64.000.000</u>
		Tel. (DDD): <u>(66) 99472954</u>

Local e Data: Turima - Piauí 25.05.2020

Keylly Menezes de Oliveira
Assinatura do Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1751558097

NOME
ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
2250610 SSP PI

CPF
954.376.573-15

DATA NASCIMENTO
08/04/1983

FILIAÇÃO
DAMASIO PEREIRA DE ARAUJO
MARIA MARTINS DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04470368714

VALIDADE
11/01/2024

1ª HABILITAÇÃO
02/10/2008

OBSERVAÇÕES

Adriana Martins de Araújo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PIRIPIRI, PI

DATA DE EMISSÃO
14/01/2019

01956655056
PI320718038

ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUI

PROIBIDO PLASTIFICAR
1751558097



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: **KEITLY MOURA DE OLIVEIRA**

DOC. IDENTIFICATÓRIO: **2212129 SSP PI**

CNPJ: **839.502.303-00** DATA NASCIMENTO: **18/12/1979**

FUNÇÃO: **ANTONIO JONES DE OLIVEIRA**
EVA MOURA DA SILVA

PERMISSÃO: **PERMISSÃO** ACC: **ACC** CAT: **3**

REGISTRO: **07318478449** VALIDADE: **20/08/2020** FIM DA VALIDADE: **21/08/2019**

OBSERVAÇÕES:

Keitly Moura de Oliveira
ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO: **21/09/2019**

SERIAL: **55070808293**
82/10771158

PIAUI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1919872460

PROIBIDO PLASTIFICAR
1919872460



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº **014208598316**

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **1** COD. RENAVAM **01067884154** R.N.T.R.C. EXERCÍCIO **2019**

0675
0176
b238
81f9
4ca1
9a23
3115
d562
a4ef
4c08
8a19

NOME
ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

CPF / CNPJ **95437657315** PLACA **PIP-7588**

PLACA ANT / UF CHASSI **9C2JC4820FR602843**

ESPECIE TIPO **PAS/MOTONETA /NENHUMA** COMBUSTÍVEL **ALCOOL/GAS**

MARCA / MODELO **HONDA/BIZ 125 ES** ANO FAB. **2015** ANO MOD. **2015**

CAP / POT / CIL **02P/0124CC** CATEGORIA **PARTICU** COR PREDOMINANTE **VERMELHA**

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS

I **1º IPVA**
P **2º PAGO**
V **3º**
A

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **SEGURO** IOF (R\$) **PAGO** PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON
DA **NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA**

LOCAL **PIRIPIRI** DATA **06/08/201**

EDNAN SOARES COUTINHO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Adriana Martins de Araujo
RG: 2250630 Órgão Emissor: SSP-PI
CPF: 954.376.573-15 Nacionalidade: Brasileira
Est. Civil: Solteira Profissão: Autônoma
Endereço: Rua Otero Fino Nº 2347
Bairro: Urbanho Cep: _____ Cidade/UF: Teresina-PI
Telefone: (86) 98887-7169 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Adriana Martins de Araujo
CPF: 954.376.573-15 Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina-Piauí 09/03/2020
Local e data

Adriana Martins de Araujo
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148255/20

Vítima: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

CPF: 954.376.573-15

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ADRIANA MARTINS DE ARAUJO : 954.376.573-15

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: 26/05/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2020
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

