

Screenshot of a web browser showing a digital document viewer interface.

The title bar shows the URL: [tpi.pje.jus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=639134&ca=ffadc637958cdff69a370363dc8cc3c9b9cd5...](https://tpi.pje.jus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=639134&ca=ffadc637958cdff69a370363dc8cc3c9b9cd5...)

The main content area displays a digital document titled "14368686 - CONTESTAÇÃO (2777554 CONTESTACAO 01)".

The left sidebar lists several attachments:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 14368684 - CONTESTAÇÃO (2777554 CONTESTACAO 01)
- 14368690 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 14369002 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
- 14369005 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 14369007 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

The right panel shows the document content, which includes:

- Logo: JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS
- Text: EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PIAUÍ/PI
- Text: Processo: 08005343120208180066

The status bar at the bottom right shows the date: 29/01/2021 and the time: 10:53.



29/01/2021

Número: **0800534-31.2020.8.18.0066**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Pio IX**

Última distribuição : **15/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE LUCIANO DOS REIS (AUTOR)	WANDERSON MAGNO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14368 690	29/01/2021 10:53	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200164478**

**Vítima: JOSE LUCIANO DOS REIS**

**Data do Acidente: 30/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JOSE LUCIANO DOS REIS**

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 15745940

Pag. 01653/01654 - carta\_01 - INVALIDEZ



00010827





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Maio de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200164478

Vítima: JOSE LUCIANO DOS REIS

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE LUCIANO DOS REIS

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
--------------------------	---

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

Pag. 01649/01850 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 15746896



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468>  
Número do documento: 21012910535101400000013585468

Num. 14368690 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 31 de Julho de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200164478

Vítima: JOSE LUCIANO DOS REIS

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE LUCIANO DOS REIS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 11/12/2019, emitido pelo Dr. LUCAS MAIA - CRO CRM nº 9578 - CE, da Instituição INSTITUTO DR JOSÉ FROTA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag: 01303/01304 - carta\_31 - INVALIDEZ



Carta nº 15990037



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468>  
Número do documento: 21012910535101400000013585468

Num. 14368690 - Pág. 3



## 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: 105.934.973-86 4 - Nome completo da vítima: JOSE LUCIANO DOS REIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: JOSE LUCIANO DOS REIS	6 - CPF:		
7 - Profissão: AGRICULTOR	8 - Endereço: PONTO DA SERRA	9 - Número: —	10 - Complemento: BR-020
11 - Bairro: ZONA RURAL	12 - Cidade: PIO IX	13 - Estado: PI	14 - CEP: 64.660-000
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD): 83) 999001909	

### 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:		
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: SANTANDER AGÊNCIA: 0283 <input type="checkbox"/> 0 CONTA: 1016043 <input type="checkbox"/> 6 (Informar o dígito se existir) (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.

### 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nasceu)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

40 - Local e Data, PIO IX, 06 DE ABRIL DE 2020

JOSE LUCIANO DOS REIS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: Isaias Daniel dos Reis  
CPF: 111.961.553-88

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Ana Paula Mendes Almeida  
CPF: 060.198.993-22

Assinatura da testemunha



**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

**DADOS CADASTRAIS**

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL**

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pai, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):**

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

**DADOS BANCÁRIOS**

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:**

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pai, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

**INVALIDEZ PERMANENTE**

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

**MORTE**

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

**NÃO ALFABETIZADO**

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:**

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

**TESTEMUNHAS**

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:**

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

**ASSINATURAS DO FORMULÁRIO**

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pai, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

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

Ouvidoria: 0800 021 91 35

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468>

Número do documento: 21012910535101400000013585468

Num. 14368690 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468>  
Número do documento: 21012910535101400000013585468

Num. 14368690 - Pág. 6

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3200169478

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE LUCIANO DOS REIS, PORTADOR(A) DO RG Nº 3452628 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 10/05/10 E CPF 057349733-86 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Agricultor E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE LUCIANO DOS REIS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)  
Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3910-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17184-0

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)  
Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

PRO IX-PI 10 de JULHO de 2020  
LOCAL E DATA

JOSE LUCIANO DOS REIS  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

### ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

889800405



*Lognals*

Via Cliente  
MERCADINHO DULAR  
Pos: 00074310 L1:548 Loc: 123 Oper: 74310  
09-07-20 15:02:34

COBAN: 074310 LOJA: 1001 PDV: 000001  
09-07-2020 BANCO DO BRASIL 15:02:33  
391031001 CORRESPONDENTE BANCARIO 0194  
COMPROVANTE DE DEPOSITO EN POUPANCA  
EN DINHEIRO

CLIENTE: JOSE LUCIANO DOS REIS  
AGENCIA: 3910-1 CONTA: 17.189-0

VARIACAO POUPANCA	17.189-0
DATA	09-07-2020
NR. DOCUMENTO	39.107.431.000.194
VALOR DINHEIRO	20,00
VALOR TOTAL	20,00
NR.AUTENTICACAO	2.087.034.718.595.847

Creditos a partir de 09-05-2012 estao  
discutidos pela Lei 12.763.





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PIO IX-PI  
Rua São Miguel, 01 Centro, Pio IX-PI



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA ALTERNATIVO  
Nº 015/2020**

**DELEGADO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE POLICIAL:** Aureliano do Nascimento Barcelos.

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:** APC José Renato de Jesus Sobrinho.

**HORÁRIO E DATA DO REGISTRO:** 09.01.2020 às 11h09min.

**NATUREZA DO (S) FATO (S):** ACIDENTE DE TRÂNSITO.

**DATA DO FATO:** 30.11.2019.

**HORÁRIO E LOCAL DO FATO:** 21h40min, BR 020, Zona Rural, Pio IX-PI.

**NOTICIANTE:** MARIA ELZA PEREIRA DA SILVA REIS.

**NACIONALIDADE:** Brasileira; **NATURALIDADE:** Pio IX-PI.

**PROFISSÃO:** Agricultora;

**RG:** 2152934 SSP/PI **CPF:** 941.315.113-04;

**FILIAÇÃO:** Antonio Pereira Neto e Ana Raimunda da Silva;

**ENDEREÇO:** BR 020, Zona Rural; **CIDADE:** Pio IX-PI.

**E-MAIL:** **CELULAR:** (89) 99900-1909

**NOTICIADO:**

**HISTÓRICO DE OCORRÊNCIA**

O(a) noticiante acima qualificado(a), compareceu nessa Delegacia para registrar que na hora e data supras, o seu filho, JOSÉ LUCIÃO DOS REIS, portador do RG 3.452.628 SSP/PI, e do CPF 057.349.733-86, trafegava como condutor em uma MOTO HONDA POP 100, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2014, PLACA PMS 7478, RENAVAM 1030778920, CHASSI 9C2HB0210ER024232, INSCRIÇÃO DE PIO IX-PI, EM NOME DE FRANCISCA CAROLINA DA SILVA MELO, quando ao desviar de um jumento que atravessou a pista perdeu o controle do veículo e veio ao solo sofrendo várias lesões dentre elas fraturas no crânio, boca e nariz, inclusive precisou passar por quatro intervenções cirúrgicas e tem mais uma agendada para o mês de março, e diante do exposto o mesmo resolveu comparecer a esta Delegacia e registrar a ocorrência. E nada mais havendo foi encerrado o presente registro quer segue devidamente assinado.

DELEGADO DE POLÍCIA

José Renato de J. Sobrinho  
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL - PI  
AGENTE DE POLÍCIA MAT. 299075-0

Responsável pela informação





## 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: 105.934.973-86 4 - Nome completo da vítima: JOSE LUCIANO DOS REIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: JOSE LUCIANO DOS REIS	6 - CPF:		
7 - Profissão: AGRICULTOR	8 - Endereço: PONTO DA SERRA	9 - Número: —	10 - Complemento: BR-020
11 - Bairro: ZONA RURAL	12 - Cidade: PIO IX	13 - Estado: PI	14 - CEP: 64.660-000
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD): 83) 999001909	

### 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:		
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: SANTANDER AGÊNCIA: 0283 <input type="checkbox"/> 0 CONTA: 1016043 <input type="checkbox"/> 6 (Informar o dígito se existir) (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.

### 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nasceu)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

40 - Local e Data, PIO IX, 06 DE ABRIL DE 2020

JOSE LUCIANO DOS REIS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: Isaias Daniel dos Reis  
CPF: 111.961.553-88

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Ana Paula Mendes Almeida  
CPF: 060.198.993-22

Assinatura da testemunha



**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

**DADOS CADASTRAIS**

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL**

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):**

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

**DADOS BANCÁRIOS**

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:**

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

**INVALIDEZ PERMANENTE**

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

**MORTE**

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

**NÃO ALFABETIZADO**

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:**

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

**TESTEMUNHAS**

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:**

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

**ASSINATURAS DO FORMULÁRIO**

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

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

Ouvidoria: 0800 021 91 35



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468>  
 Número do documento: 21012910535101400000013585468



Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO! > **SEU CÓDIGO**  
**1475781-8**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 739 – Centro/Sul – Teresina – PI  
CNPJ: 06.840.745/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1  
Régime especial de Impressão autorizada pela SEFAZ/06/98

Nº da Nota Fiscal: 32456322

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	15/01/2020	30	8,32

MARIA ELZA PEREIRA DA SILVA REIS  
BR 020 0 PONTA DA SERRA - B-RURAL  
CPF: 00094131511304  
CEP: 64.660-000 - PIO IX

ROT: 210.790.06.83.111830

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	2698	08/01/2020
Anterior:	2670	09/12/2019
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura: 07/02/2020
Consumo Médio:	28	Emissor: 07/01/2020
Consumo Faturado:	30	Apresentação: 08/01/2020

Forma de Faturamento: MINIMO Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classificação	Ligação	Habente Medidor	Posto	Código Ref.
RESID.BX.RENDA	HONO	A1551242	1.4.1.1	31

MÍSTORICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 30 A R\$ 0,219386 = 6,58
DEZ/19 21	CONTR. ILUMINACAO PUB. (C05IP) 1,26
NOV/19 23	DIFERENCA DE TARIFA 12,22
OUT/19 30	SUBVENCAO BAIXA RENDA 11,74-
SET/19 26	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,13
AGO/19 28	
JUL/19 27	
JUN/19 31	
MAI/19 35	
ABR/19 35	
MAR/19 39	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	8 A 30 - 0,219386

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora solicita a suspensão do fornecimento de  
12/2019 8,86 energia elétrica a partir de 23/01/2020. O seu pagamento pode  
ser feito através de transferência bancária, depósito em agência ou  
entrega de boleto. Caso seja efetuado o pagamento, desconsiderar este aviso.

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

Use esta nota fiscal para apresentá-la ao seu fornecedor de serviços (tel. 15.15.15.15.15 ou 75.460.330) quando for pagar suas contas de planejamento.

RESERVADO AO FISCO 7C62.F9FB.7D11.4996.EF01.0CF4.57C3.D0A0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	5,29	Base de Cálculo:	18,80
Energia:	10,20	Aliquota ICMS:	
Transmissão:	1,72	Valor do ICMS:	
Encargos:	0,84	Valor do PIS:	0,71% 0,13
Tributos:	0,75	Valor do COFINS:	3,30% 0,62

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DMC	FIC	DMHC	DICM			
	Manual	Trimestral	Anual	Manual	Trimestral	Anual	Manual
Límite	6,47	12,95	25,89	3,49	6,98	13,95	3,80
Residual	0,00	0,00	0,00			0,00	
Período de operação:				11/2019		11/2019	
Conf.:	HANDACARU						

ROT: 210.790.06.83.111830

SEU CÓDIGO: **1475781-8** TOTAL A PAGAR - R\$ **8,32**



MÊS FATURADO: **01/2020** VENCIMENTO: **15/01/2020**

Nº da Nota Fiscal: 32456322 FCAM\*

83610000000 6 08320017000 5 00000001475 3 78180120008 5



SEQ.: 00190 UC: 1475781-8 DF.LEIT.: 08/01/2020 T.ENTR.: 03  
LEITURA: 2698 MINIMO TOTAL: 8,32 CARGA: 001  
DT.VENC.: 15/01/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4521



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468  
Número do documento: 21012910535101400000013585468

Num. 14368690 - Pág. 12

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca Carolina da Silva Melo,  
RG nº 3.008.369, data de expedição 22/03/10,  
Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 045.302.833-90, com  
domicílio na cidade de Piúva IX, no Estado de  
Piúni, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Ense Vargem - Zona Rural, nº 51N,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima José Luciano dos Reis, cujo o condutor era  
José Luciano dos Reis.

Veículo: MOTOCICLETA

Móvel: HONDA / POP 300

Ano: 2014

Placa: PMS-7278

Chassi: 9C2H30230ER024232

Data do Acidente: 30/11/2019

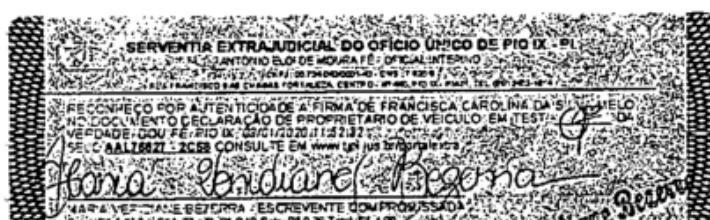
Local e Data: BR 020 - Ponta da Terra

Francisca Carolina da Silva Melo

Assinatura do Declarante

José Luciano dos Reis

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



06.734.040/0001-43

Rua Francisco das Chagas Fortaleza, 440  
Centro | Fone/Fax (89) 3453-1811 - Piúva-PI  
Serventia Extrajudicial do  
Ofício Único de Piúva-PI  
Antônio Eloi de Moura Fé  
Oficial Intérino  
Ort. 287-A/04 e 73/2019 - TJ/PI  
Maria Veridiana Bezerra  
Substituta





ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAMBU  
Hospital e Maternidade Dr. Cicero Ferreira Filho

### FICHA DE REFERÊNCIA

#### SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

- 1- Preencher esta ficha em 3 vias
- 2- Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 via ao ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

Unidade de Origem \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_  
SEXO: M ( ) F ( ) DATA DE NASC.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

#### MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

#### RESULTADO DE EXAMES:

#### CONDUTA JÁ REALIZADA:

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO EMITENTE	Nº DE REGISTRO	FUNÇÃO	DATA	HORA
------------------------	----------------	--------	------	------

### AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ( ) HOSPITALAR ( ) AUXILIO DIAGNÓSTICO ( )

-PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_ PROFISSIONAL \_\_\_\_\_

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

### FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (\*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____	PRONTUÁRIO: _____	ALTA	____ / ____ / ____
------------------------------	-------------------	------	--------------------

#### RESUMO CLÍNICO CIRÚRGICO

#### RESULTADOS DE EXAMES

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

SECUNDÁRIO 1: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

SECUNDÁRIO 2: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

#### PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O PROBLEMA JUSTIFICA A REFERÊNCIA? SIM ( ) NÃO ( )

O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM DIAGNÓSTICO? SIM ( ) NÃO ( )

ISSINATURA DO ENCAMINHANTE	Nº DO REGISTRO	FUNÇÃO	DATA
----------------------------	----------------	--------	------



ESTADO DO CEARÁ

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAMBUI**

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. CÍCERO FERREIRA FILHO

*Compromisso e Dignidade Com Sua Saúde*

ADM: CADA VEZ MELHOR

DATA DA ENTRADA: / /

PACIENTE: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468>  
Número do documento: 21012910535101400000013585468

Núm. 14368690 - Pág. 15

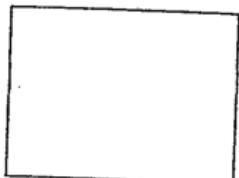


## FICHA DE ATENDIMENTO



Prioridade: [ ]

Atendente: NELMA



PSF: VILA ISABEL

Paciente: JOSE LUCIANO DOS REIS

Idade do PCT: 25 CNS: 702807189283262

Médico: Dr(a). SANTINO XAVIER FILHO

CRM: 19607/CE

Data da Consulta: 30/11/2019

Convênio: PÚBLICO

Data Nascimento: 11/02/1994 Leito: SEM LEITO

Naturalidade: PIO IX-PI

Sexo: MASCULIN Profissão: AGRICULTOR

Fone:

Endereço: VILA ISABEL

Complemento:

Nº: 0 Bairro: ZONA RURAL

Município: PARAMBU

UF: CE

Nome da MÃE: MARIA ELZA PEREIRA DA SILVA

Nome do PAI: JOSÉ AIRTON DOS REIS

Motivo Atendimento:

Responsável:

Hora Atend.: 23:32:53

### EXAME FÍSICO

Altura(m): Peso(Kg): Pressão(mmHg): Freq. Cardíaca: Glicemia(md/dl): Temp.(°C):

Observação:

*Paráclito em processo de morte.*

*Tc é grande*

*Dr. Santino Xavier Filho  
Médico  
CRM-CE 19607*

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. CÍCERO FERREIRA FILHO

R. LEANDRO ALVES TEIXEIRA, 100 – BAIRRO: VILA NOVA – PARAMBU – CEARÁ – CEP:63680-000

CGC: 124.746.72 /0001-18 – FONE: (88) 3448 – 2074 / FAX – 3448 - 2228



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468>  
Número do documento: 21012910535101400000013585468

Num. 14368690 - Pág. 16



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

## **FICHA DE ATENDIMENTO**

**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

**Cartão Nacional de Saúde (CNS):** 702807189283262 **Admissão:** 01/12/2019 03:30  
**Nome:** JOSE LUCIANO DOS REIS  
**Pront.:** 5646857 **Data Nasc.:** 11/02/1994 **Idade:** 25 ano(s) 10 mes(es) e 0 dia(s) **Tel.:** 85 99890-0891  
**Mãe:** MARIA ELZA PEREIRA DA SILVA REIS  
**Sexo:** Masculino **RG:** 3452628 **Município:** PARAMBU  
**CEP:** 63680-000 **Bairro:** ZONA RURAL  
**Endereço:** DISTRITO VILA ISABEL

## **PRESCRIÇÃO**

- Médico:

**Prescrição** \_\_\_\_\_ **Horário:** \_\_\_\_\_

#### **ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL**

Alta. Conduta       Observação       Referência para:       Óbito

ESTADO DE PROTECTORADO  
MEXICANO  
PUELO SISTEMA E-103  
DIA 11 / 12 / 19  
MATRICULA 51022  
Firma: Yo. 103

2

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

**Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.**



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468>  
Número do documento: 21012910535101400000013585468

Num. 14368690 - Pág. 17

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

**Cartão Nacional de Saúde (CNS):** 702807189283262      **Admissão:** 01/12/2019 03:30  
**Nome:** JOSE LUCIANO DOS REIS  
**Pront:** 5646857    **Data Nasc.:** 11/02/1994    **Idade:** 25 ano(s) 10 mes(es) e 0 dia(s)    **Tel.:** 85 99890-0891  
**Mãe:** MARIA ELZA PEREIRA DA SILVA REIS  
**Sexo:** Masculino    **RG:** 3452628    **Município:** PARAMBU  
**CEP:** 63680-000    **Bairro:** ZONA RURAL  
**Endereço:** DISTRITO VILA ISABEL

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

**Risco:** AMARELO    **Classificador:** ALVARO DIOGENES LEITE FETHINE    **Horário:** 01/12/2019 03:34  
**Queixa:** PACIENTE, 25 ANOS, ENC. HOSP. PARAMBU COM HISTÓRIA DE TRAUMA CORTO-CONTUSO NO CRANIO E FACE COM RELATO DE SÍNCOPE - NO MOMENTO GLASGOW=15  
**Fluxograma:** ACIDENTE COM MOTOCICLETA  
**Discriminador:** TCE- HISTÓRIA DE INCONSCIENCIA  
**Autoagressão:** Não  
**Sato02:** Glasgow:    **Temp.:**    **Glicemia:**    **Régua dor:**    **Pulso/FC:**    **PA:**    **FR:**

### ATENDIMENTO MÉDICO

**Médico:** WALDER DE FREITAS RAMOS JUNIOR    **CRM:** 4468    **Nº:** 579866    **Horário:** 01/12/2019 05:27  
**Acidente:** Não    **Agressão:** Não    **Peso:**    **P.A.:**  
**Eixo:** OBSERVAÇÃO 6  
**Hipótese Diagnóstico:** TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS  
**Comorbidade:**

### HDA/Exame Físico:

ACIDENTE DE MOTO COM POLITRAUMA + TCE = TRAUMA DE FACE.

ALTA

**Data:** 02/12/2019 16:58

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
01/12/2019	03:34	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	TCE- HISTÓRIA DE INCONSCIENCIA	ALVARO DIOGENES LEITE FETHINE

### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

### EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



## RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

**Paciente:** JOSE LUCIANO DOS REIS  
 Idade: 10 ano(s) 10 mes(es) e 0 dia(s) **Sexo:** Masculino **Pront.:** 5646857  
**Endereço:** DISTRITO VILA ISABEL **Bairro:** ZONA RURAL  
 N°: CEP: 63680-000 **UF:** CEARÁ **Cidade:** PARAMBU

**Informações**

UNIDADE 11	Enfermaria: 111	Leito: 1116
Acadado 11/12/2019	10:58	Alta: * Não Informado * * Não Informado

**Cancelada**

Saída: Alta

**Relato Clínico**

E SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS NASAIS. PROCEDIMENTO SEM COMPROMISSO.

**Procedimentos Realizados**

ANESTESIA DE TÓRAX, HEMATOLÓGICO E RADIOGRAFIAS DE FACE

**Terapêutica Utilizada**

CIRÚRGICO E MEDICAMENTOSO

**Sintomas Apresentados****Diagnóstico**

FRATURA DOS OSSOS NASAIS

**DIAGNÓSTICOS**

Principal	Código	Descrição
Sim	S022	FRATURA DOS OSSOS NASAIS

**Informações de Alta**

Pacífico

Data Programada da Alta: 11/12/2019

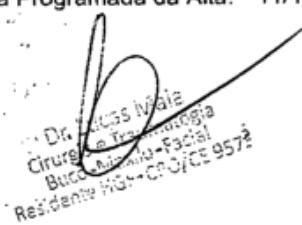
**Serviços Complementares**

Informado \*

**Responsável**

LUCAS ALEXANDRE MAIA

11/12/2019



DR. LUCAS VILA  
Cirurgião Plástico  
Bucal, Facial e Maxilo-Facial  
Residente HSP-HCO/CE 9572

**CIRURGIA**

Tipo	Data	Descrição	Profissional
Procedimento Eletivo	11/12/2019 10:05	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA AFONSO DE SOUZA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ	RIBEIRO FILHO

Agendamento		
<b>Data:</b>	<b>Data:</b>	<b>Data:</b>
<b>Hora:</b>	<b>Hora:</b>	<b>Hora:</b>
<b>Código</b>	<b>Código</b>	<b>Código</b>





Instituto Dr. José Frota  
Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

CIRURGIA COM DR AFONSO:

Nome: José Luciano dos Reis BE: 5646857

Data da Cirurgia: 19 / 12 / 19 (QUARTA - FEIRA)

Horário: 06:00 HORAS

- |                            |
|----------------------------|
| <b>TRAZER:</b>             |
| 1- CÓPIA DO RG;            |
| 2- CÓPIA DO CPF            |
| 3- COMPROVANTE DE ENDEREÇO |
| 4- CARTÃO DO SUS           |

OBS:

1. Entrar pelo SPA (entrada pela R. Serrador Pompeu)
2. Fazer BE (no SPA) e AIH (na Central de Leitos)
3. Comparecer a recepção do Centro Cirúrgico (3º andar) para realização da internação hospitalar

Recomendações Pré-operatórias:

- JEJUM completo (nem mesmo água) desde pelo menos 8 (oito) horas antes da cirurgia. Iniciar jejum a partir das 22:00hs do dia anterior (terça).
- Comparecer ao hospital rigorosamente no horário marcado para a internação. Em caso de atraso pode haver, até mesmo, a suspensão do procedimento.
- Não esquecer de levar TODOS os exames pré-operatórios (sangue, radiografias de face e tórax, ECG), tanto o anestesista como o cirurgião precisarão deles.
- Retire relógios, pulseiras, anéis, brincos, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues ao seu acompanhante.
- Levar e xerocar todos os documentos necessários para a internação: RG, CPF, Cartão do SUS, Comprov. de residência, guia de referência (residentes de outros municípios), certidão de nascimento (menores de idade).
- Informe seu telefone de contato para ser registrado no Aviso Cirúrgico.

Tipo de fratura:  OPN  Arco Zigomático

Dr. Jean Felipe Vasconcelos Freires  
Clínica Traumatologia  
Bucal-Maxilo-Facial  
Residente HBM-CRO/CE 9530

Fortaleza, 08 / 12 / 19

Ass: [Assinatura]





Prefeitura de  
Fortaleza  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

## SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Externo? <input checked="" type="checkbox"/> Não	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade:	Nº AIH/RAE: 5646857
---	----------------------------	--------	---------------------

### JUSTIFICATIVA

Peri-operatório

### EXAMES RADIOLÓGICOS

<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Coluna Cervical AP/P	<input type="checkbox"/> Clavícula AP	<input type="checkbox"/> Coluna Dorsal AP/P
<input checked="" type="checkbox"/> Ombro AP/P	<input type="checkbox"/> Braço AP/P	<input type="checkbox"/> Antebraço AP/P	<input type="checkbox"/> Cotovelo AP/P
<input type="checkbox"/> Mão AP/OBL	<input type="checkbox"/> Bacia AP	<input type="checkbox"/> Quadril AP/AXIAL	<input type="checkbox"/> Fêmur AP/P
<input type="checkbox"/> Panometria dos MMII	<input type="checkbox"/> Perna AP/P	<input type="checkbox"/> Joelho AP/F	<input type="checkbox"/> Tornozelo AP/P
			<input type="checkbox"/> Pé AP/OBL

### EXAMES LABORATORIAIS

Programa	<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> Uréia	<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> Potássio
	<input type="checkbox"/> Sódio	<input type="checkbox"/> Plaquetas	<input type="checkbox"/> Cálcio	<input type="checkbox"/> TAP
	<input type="checkbox"/> Lipase	<input type="checkbox"/> Amilase	<input type="checkbox"/> Colinesterase	<input type="checkbox"/> Sumário de Urina
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ULTRA-SONOGRAFIA

<input type="checkbox"/> Abdome Total	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> MIE	<input type="checkbox"/>

### OUTROS EXAMES

Auto ECG 50.00

*Br. Jean Felipe Vaz Freitas  
Cirurgião-Dentista  
Clínica Odontológica  
Bucal & Facial  
Residente Mestrado Ortopédico 9530*

Data: 08/12/2019	Hora: 20 h 08 minutos
------------------	-----------------------



**Instituto Dr. José Frotá**  
**Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**

**ATESTADO**

**NOME :** JOSE LUCIANO DOS REIS

**PRONTUÁRIO:** 5646859

Foi atendido neste hospital no dia 11/12/19, submetido a procedimento cirúrgico. Necessita de 07 dias de repouso domiciliar, a contar de hoje, para cuidados com a saúde.

CID S022

Fortaleza, 11/12/19

Dr. Lucas Maia  
Cirurgia e Traumatologia  
Buco-Maxilo-Facial  
Residente H.G. - 201/CE 9573

**Assinatura e carimbo**





HOSPITAL MUNICIPAL DONA LOURDES MOTA  
Rua Francisca das Chagas Fortaleza, Nº 235.  
CNPJ 03.825.278/0001-96  
CEP: 64.660-000 - PIO - PI - Tel.: (89) 3453-1207

### RECEITUÁRIO

É obrigatório a denominação genérico do medicamento prescrito. Decreto Nº 793/93 - MS

Paciente: José Luciano dos Reis  
CNS: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ ACS

Use bucal

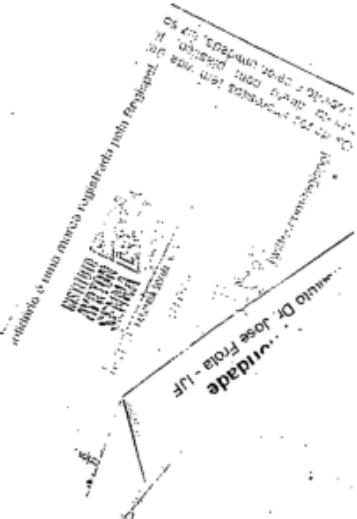
① Triamcinolona autônoma pomada — 07 tubo  
Aplicar 01 pomada na lesão bucal  
03 x / dia

Dr. Marcus Vinícius R. Nelson  
MÉDICO  
CRM-PI 7967

02/01/2020

Não tome remédio sem receita médica.





## RETORNO AMBULATORIAL

Instituto Dr. José Frota

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucal-Maxilo-Facial

NOME : JOSE LUCIANO DOS REIS

PRONTUÁRIO: 5646859

### RETORNO SPA

Data de retorno: 19/12/2019 (quinta) as 08:00 horas

Conduta a realizar: reavaliação PO de redução de Frx OPN

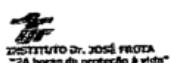
Cirurgia dia: 11/12/19

Data: 11/12/19

*[Handwritten signature over a printed stamp]*  
Dr. Lucas Nóbrega  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucal-Maxilo-Facial  
Residência 2019  
2019

Assinatura e carimbo





### RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

INSTITUTO DE SAÚDE DO PACIENTE		1ª Via - FARMÁCIA	2ª Via - PACIENTE
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001			
Paciente:	José Lucas da Reis		
Endereço:	Av. Br. Rio Branco 1816		
Prescrição:	Alobumox 2x _____ 4 tome 1x ao dia. 10 dias		
Data:	1/12/19		
Carimbo e Assinatura do Médico			
Nome:		Data: / /	
Nº Ident.:		UF:	Fornecedor:
Endereço:			
Nº:	Bairro:		
Cidade:	UF:	Carimbo e Assinatura	
CEP:	Tel.:		

AT.000.207 Versão 1 - 01/ DEZ/10 - Válida - Formato A5 (148x210).



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468>  
Número do documento: 21012910535101400000013585468

Num. 14368690 - Pág. 25

**Instituto Dr. José Frota**  
**Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**

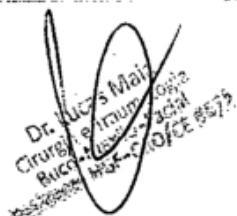
**NOME :** JOSE LUCIANO DOS REIS

**PRONTUÁRIO:** 5646859

**Uso interno (VO):**

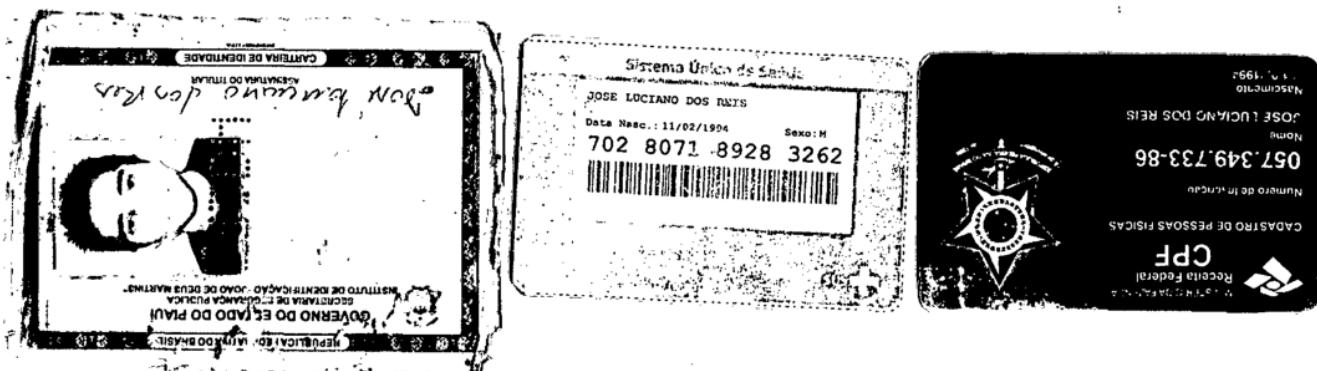
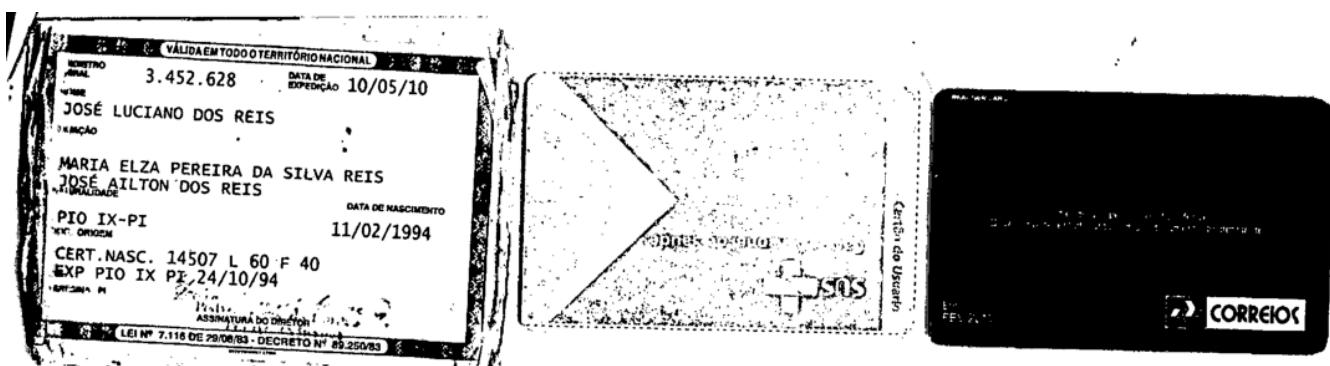
- 1) Ibuprofeno 600mg \_\_\_\_\_ 09 comprimidos  
Tomar 01 (um) comprimido de 8/8h durante três dias.
- 2) Dipirona 500mg \_\_\_\_\_ 08 comprimidos  
Tomar 01 (um) comprimido de 6/6h durante 02 dias.

**Data: 11/12/19**



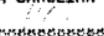
Dr. Lucas Maluf  
Cirurgião e Traumatólogo  
Bucomaxilo-facial  
SOARES COUTINHO  
11/12/19





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468>  
Número do documento: 21012910535101400000013585468

Num. 14368690 - Pág. 27

 <p><b>DETRAN</b></p>	<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>				
<b>DETRAN - PI 9020170669303 N° 014207850127</b>					
<b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO</b>					
VIA:	CÓD. FENAVAM:	R.N.T.R.C.:	EXERCÍCIO:		
1	1030778920		2019		
NOVO					
<b>FRANCISCA CAROLINA DA SILVA MELO</b>					
  - CPF / CNPJ:				- PLACA:	
04510281390		PMS-7478			
- PLACA ANT. / UF:		CHASSI:			
PMS-7478		9C2HB0210ER024232			
- ELÉGICO TIPO:		COMBUSTÍVEL:			
PAS / MOTOCICLETA / MOTO		GASOLINA			
MARAÇA / MÔDULO		ANO FAB. / ANO MOD.:			
HONDA / POP100		2014 / 2014			
CAP / POT / CIL:		COR PREDOMINANTE:			
002P/097CC		VERMELHA			
COTA ÚNICA:		VENC. COTA UNICA:			
		VENC. / COTAS			
I		1º IPVA			
P		2º			
V	FAZER IPVA	PARCELAMENTO / COTAS			
A		3º PAGO			
PRÉ-MO TARIFARIO (R\$) -		IOF (R\$) -	PRÉ-MO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
SEGURADO		COM	PAGO	01/01/2019	
OBSERVAÇÕES					
SEM RESTRIÇÕES					
PIO IX		LOGO:		DATA	
				3/9/2019	
ADMINISTRAÇÃO DO MUNICÍPIO ESTADO CEARÁ/DO BRASIL - PI					

SEGURÓ OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURÓ DPVAT		
PI Nº 014207850127 BILHETE DE SEGURO DPVAT		
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERGOGA AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> SAC DPVAT 0800 022 1204</b>		
<b>EXERCÍCIO</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>2019</span> <span>DATA EMISSÃO</span> </div>		
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	04510281390	PMS-7478
RENAVAM	MARCA / MODELO	
1030778920	HONDA/POP100	
ANO FAB.	QTA/VAT	INF CHASSI
2014	09	9C2HB0210ER024232
<b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>		
FNS (R\$)	DETRAN/RS	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36,04	4,00	40,04
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	TOTAL PESO-FONTE-FUNICO (R\$)
4,15	0,32	94,58
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO-
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	30/08/2019
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b>		
CNPJ 00.240.500/0001-04		



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200164478      **Cidade:** Pio IX      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE LUCIANO DOS REIS      **Data do acidente:** 30/11/2019      **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 30/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.  
FRATURA DE OSSOS NASAIS.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(REDUÇÃO DE OSSOS DO NARIZ P.6,11), CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequelas

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

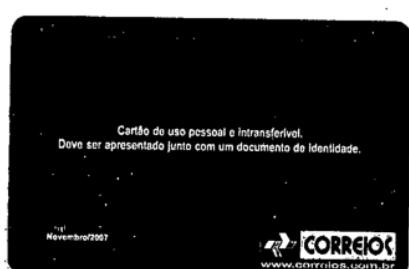
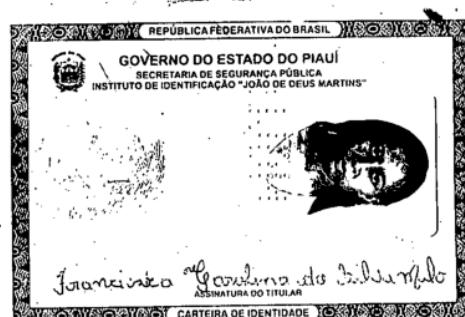
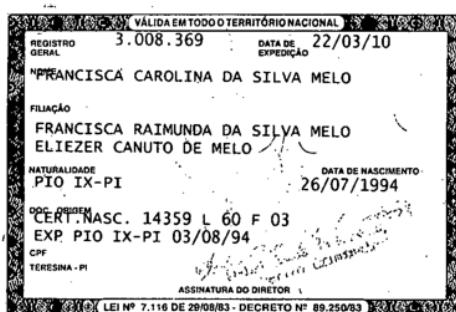
### DANOS

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
				Total
			0 %	R\$ 0,00



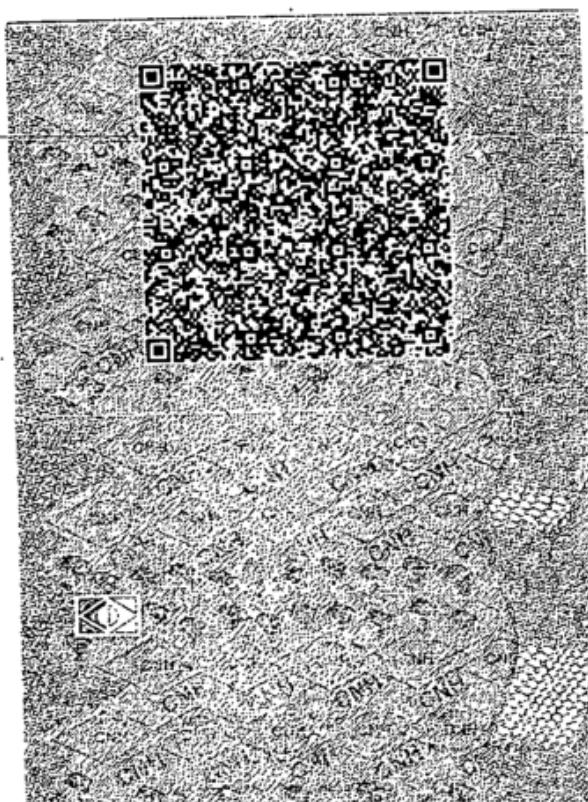
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468>  
Número do documento: 21012910535101400000013585468

Num. 14368690 - Pág. 29



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468  
Número do documento: 21012910535101400000013585468

Num. 14368690 - Pág. 30



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468>  
Número do documento: 21012910535101400000013585468

Num. 14368690 - Pág. 31

09/19



#### PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

[@dpvat\\_oficial](https://www.instagram.com/dpvat_oficial) [@DPVAToficial](https://www.twitter.com/DPVAToficial) [f/DPVAToficial](https://www.facebook.com/DPVAToficial) [in/seguradoralider-dpvat](https://www.linkedin.com/company/seguradora-lider-dpvat/)

BLOG: [www.viverseguronotransito.com.br](http://www.viverseguronotransito.com.br)

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
JOSE LUCIANO DOS REIS			
ENDERECO / Address SITIO Ponta da Serra (8E-020) ZONA RURAL			
CEP / zip 61460-000	CIDADE / City PRO IX	UF/State PI	PAÍS / Country
<input type="checkbox"/> RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE*			



#### ATENDIMENTO

### SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DEVOLUÇÃO (Return) (Cr15)	
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (deceased)
<input type="checkbox"/> RECUSADO (refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INEXISTENTE
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (unreachable)	<input type="checkbox"/> OUTROS (other)
<input type="checkbox"/> AUSENTE (absent)	
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)	
1 <sup>o</sup> / / 3 <sup>o</sup> / / 5 <sup>o</sup> / / 7 <sup>o</sup> / / 9 <sup>o</sup> / / 11 <sup>o</sup>	
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiros ou síndico Information provided by doorman or condo manager	
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / /	
Data: / / Responsável: / /	





Seguro  
**DPVAT**

O Seguro do Acidente de Trânsito



**SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO  
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
ENDERECO	CEP		
Destinatario: Seguradora LIDER (DPVAT) Rua da Assembleia 100, Edifício CITIBANK CENTRO CEP: 20.011-904 Rio de Janeiro-RJ			
		UF / State	PAÍS / Country

ATENDIMENTO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468>  
Número do documento: 21012910535101400000013585468

Num. 14368690 - Pág. 33

# Seguro DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

2010+



## SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO ESTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ATENDIMENTO



TELEFONE / Phone Number	UF / State	PAÍS / Country
-------------------------	------------	----------------

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.  
Rua da Assembleia, 100 -24º Andar -Centro.  
Rio de Janeiro -RJ  
CEP : 20011-904



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468>  
Número do documento: 21012910535101400000013585468

Num. 14368690 - Pág. 34



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128170/20

**Vítima:** JOSE LUCIANO DOS REIS

**CPF:** 057.349.733-86

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/11/2019

**Titular do CPF:** JOSE LUCIANO DOS REIS

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Declaração de Inexistência de IML
- Declaração do Proprietário do Veículo
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

**JOSE LUCIANO DOS REIS : 057.349.733-86**

- 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](http://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: 04/05/2020  
Nome: JOSE LUCIANO DOS REIS  
CPF: 057.349.733-86

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2020  
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES  
CPF: 149.018.967-09

JOSE LUCIANO DOS REIS

JULIANA MARQUES RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468>  
Número do documento: 21012910535101400000013585468

Num. 14368690 - Pág. 36

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128170/20

Número do Sinistro: 3200164478

Vítima: JOSE LUCIANO DOS REIS

Data do acidente: 30/11/2019

CPF: 057.349.733-86

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LUCIANO DOS REIS

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

**JOSE LUCIANO DOS REIS : 057.349.733-86**

Autorização de pagamento

### 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](http://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: 28/07/2020  
Nome: JOSE LUCIANO DOS REIS  
CPF: 057.349.733-86

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/07/2020  
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO  
CPF: 760.547.217-04

JOSE LUCIANO DOS REIS

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:53:51  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910535101400000013585468>  
Número do documento: 21012910535101400000013585468

Num. 14368690 - Pág. 37