
Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200329566

Vítima: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

Data do Acidente: 13/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200329566

Vítima: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

Data do Acidente: 13/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000003506-8

Conta: 0000053809-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 044.222.623-35 3 - CPF da vítima: 044.222.623-35 4 - Nome completo da vítima: Maria Raia Alves de Araujo Paz

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

5 - Nome completo: Maria Raia Alves de Araujo Paz 6 - CPF: 044.222.623-35
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: R. Prof. Leopoldo Cunha 9 - Número: 580 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Niterói 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64005-630
15 - E-mail: danseguros2@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 3506 8 CONTA: 53.809 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 não habilitado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 14/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Ouroca
Conta

5067 7630 5149 4989

VÁLIDO
ATE **11/24**

MARIA R A A PAZ
3506-8 53.809-4

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001399/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/01/2020 10:59 Data/Hora Fim: 17/01/2020 11:25
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

6032 45

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 13/11/2019 21:00

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Bairro: Mafrense
Logradouro: RUA PROFESSOR LEOPOLDO CUNHA

Nº: 580

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 27/03/1989	Idade: 30 anos
Naturalidade: PI - Teresina	Profissão: Cabeleireiro		
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: ZILPA ALVES DA CUNHA	Nome do Pai: PAULO AFONSO DE ARAUJO PAZ		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 044.222.623-35
RG - Carteira de Identidade: 3016762

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: RUA PROFESSOR LEOPOLDO CUNHA
Bairro: MAFRENSE

Nº: 580
CEP: 64.005-630

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)	
Nacionalidade: Brasileira	Idade:

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 053.813.373-29	Placa NIV0635
Renavam 00328586900	Número do Motor E3G9E-044662
Número do Chassi 9C6KE1520B0044669	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor PRETA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 K
Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 K	Veículo Adulterado? Não



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jose Nilton Nunes Filho
Data de Impressão: 17/01/2020 11:25
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001399/2020

Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 07/06/2011	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A VITIMA COMUNICA QUE QUANDO TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO ACIMA CITADO UM VEICULO DESGOVERNADO BATEU EM SUA TRASEIRA DERRUBANDO-A. SOCORRIDA POR TEÇEIROS LEVADA PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO RENASCENÇA. PRONTUARIO N:172217, ERA O B.O.

ASSINATURAS


Jose Nilton Nunes Filho
agente de polícia
Matricula 009070x
Responsável pelo Atendimento


MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ
(Vítima / Comunicante)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima escritas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei
veraz, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.*

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 044.222.623-35 3 - CPF da vítima: 044.222.623-35 4 - Nome completo da vítima: Maria Raia Alves de Araujo Paz

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

5 - Nome completo: Maria Raia Alves de Araujo Paz 6 - CPF: 044.222.623-35
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: R. Prof. Leopoldo Cunha 9 - Número: 580 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: mairense 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64005-630
15 - E-mail: anaseguros@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6565

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 3506 8 CONTA: 53.809 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 14/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 13/11/2019 22:27:20

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ		Prontuário: 172217	
Mãe: ZILPA ALVES DA CRUZ	Pai:		
End.Resid.: RUA PROFESSOR LEOPOLDO CUNHA 580 - MAFRENSE - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 27/03/1989	Idade: 30a7m17d	Sexo: Feminino	Fone: -
Responsável: O MESMO	CNS: 703403270966011		
Profissão:	Documento: Reg.Nasc:		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 450367	Entrada: 13/11/2019 21:26:36	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): OUTRAS QUEIXAS			
Condução: ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PCTE RELATA ACIDENTE DE MOTO HOJE, REFERINDO DOR EM MSE. Desconhece alergia medicamentosa.		MAYARA FELICIANO DA SILVA E SOU COREN 277442 Em: 13/11/2019 21:33:26

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

trauma em punho esquerdo
rx : fratura de radio distal esquerdo
cd : redução incruenta e gesso

Diagnóstico Inicial:
Fratura da extremidade distal do rádio

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Alta com Receita

DATA: / /

HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA
CRM PI 3824 Em: 13/11/2019 22:27:19

CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP 64.082-110
Teresina - Piauí

Confere Com o Original

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: 25/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03506-8

CONTA: 000000053809-4

Nr. da Autenticação 4D2458F66701B9CF

EXIBIR

0067874-0

EDUCATORIAL PAZ S/A
R. Prof. Leopoldo Cunha 580 580 - MAFRENSE
CEP: 0000442262335
TERESINA

41636017

CONTAS DE VENCIMENTO 22/07/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 306,06

MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ
R. PROF. LEOPOLDO CUNHA 580 580 - MAFRENSE
CPF: 0000442262335
CEP: 64.005-630 - TERESINA

ROT: 10.001.33.35.042800

CODIGO DA LITURA	DATA DA LITURA
20329	15/07/2020
20270	15/06/2020
1,000	14/08/2020
59	14/07/2020
59	15/07/2020

Forma de Pagamento: NORMAL

Resumo	Consumo	Valor
JUN/20	95	47,73
MAI/20	67	4,35
ABR/20	76	359,38
MAR/20	75	105,40
FEV/20	61	
JAN/20	67	
DEZ/19	70	
NOV/19	109	
OUT/19	0	
SET/19	0	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 59 - 0,615018

*ACESSE WWW.SASC.PI.GOV.BR OU LIGUE 0800 086 0800 E INFORME O CPF NIS, E CODIGO UNICO PARA SOLICITAR SEU CADASTRO NA TARIFA SOCI AL ENERGIA ELETRICA.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Até o dia 14/07/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO RISCO 8A9B.6726.8D5E.0D38.1FC8.1861.581D.0772

CONSUMO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição	10,63
Energia	20,52
Transmissão	3,47
Encargos	1,69
Tributos	11,42

Base de Cálculo	Alíquota	Valor
Base de Cálculo	47,73	37,23
Alíquota ICMS	22,00%	10,50
Alíquota ICMS	0,44%	0,16
Alíquota ICMS	2,05%	0,76

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Indicador	Valor
Indicador	5,19
Indicador	10,38
Indicador	20,77
Indicador	3,30
Indicador	6,60
Indicador	13,20
Indicador	2,94
Indicador	0,00
Indicador	0,00
Indicador	0,00

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Raima Alves de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.222.623/35, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Maria Raima Alves de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.222.623/35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto 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 Janeiro</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
			Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
					<u>(86) 99534-6565</u>	

Teresina, 14 de Setembro de 2020
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 13/11/2019 22:27:20

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ		Prontuário: 172217	
Mãe: ZILPA ALVES DA CRUZ		Pai:	
End.Resid.: RUA PROFESSOR LEOPOLDO CUNHA 580 - MAFRENSE - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 27/03/1989	Idade: 30a7m17d	Sexo: Feminino	Fone: -
Responsável: O MESMO		CNS: 703403270966011	
Profissão:		Documento: Reg.Nasc:	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 450367	Entrada: 13/11/2019 21:26:36	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): OUTRAS QUEIXAS			
Condução: ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PCTE RELATA ACIDENTE DE MOTO HOJE, REFERINDO DOR EM MSE. Desconhece alergia medicamentosa.		MAYARA FELICIANO DA SILVA E SOU COREN 277442 Em: 13/11/2019 21:33:26

SSVV:	(Hora: ____ : ____)					
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso:	bmp	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

trauma em punho esquerdo
 rx ; fratura de radio distal esquerdo
 cd ; redução incruenta e gesso

..

Diagnóstico Inicial:
 Fratura da extremidade distal do rádio

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Alta com Receita DATA: / / HORA: : : CIP: -

Maria Raira Alves de Araujo Paz
 Assinatura Paciente ou Responsável

CNPJ: 05.522.917/0035-19
 UPA - RENASCENÇA
 Rua Rio Verde, nº 2810
 Renascença III - CEP 64.082-110
 Teresina - Piauí

Tramix
 160120

Confere Com o Original

Dr. Tercio Dantas Moura
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM PI: 3824

TERCIO DANTAS MOURA
 CRM PI 3824 Em: 13/11/2019 22:27:19

**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO**

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: UPA Renascença

Nome: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

Data do exame: 13/11/2019

Id Paciente: UR172217

Data do laudo: 26-12-2019

Raio X de Punho Esquerdo

Fratura da metafise distal do radio associado a aumento de partes moles.

Fratura do processo estilóide ulnar

- Espaços articulares preservados.

Dr. Jorio Neiva de Moura S. Cordeiro

Médico Radiologista

CRM-PI: 4146

CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP 64000-000
Teresina - PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0475263

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

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

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 529 L 83/F 141

EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200329566 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ **Data do acidente:** 13/11/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,2)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

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 DO PUNHO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259493/20

Vítima: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

CPF: 044.222.623-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/11/2019

Titular do CPF: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ : 044.222.623-35

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: 15/09/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200329566 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ **Data do acidente:** 13/11/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,2)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

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 DO PUNHO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR**OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)**

NOME: Maria Raira Alves de Araujo Paz
RG: 30 36 762 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 29/06/17
CPF: 044.222.623-35 ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Autônoma
ENDEREÇO: R Prof Leopoldo Cunha Nº: 580
COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: napense
CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64005-630 TELEFONE: _____

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

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

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

Maria Raira Alves de Araujo Paz

Data do acidente de trânsito: 13/11/2019

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina - PI 14/09/2020

Maria Raira Alves de A. Paz

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259493/20

Vítima: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

CPF: 044.222.623-35

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ : 044.222.623-35

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: 15/09/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa