

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Receituário

Ricardo Felix Sena

Rx

no topo:

① Fitonon _____ 0x1
Opliv 818h

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 3918 TEOT - 13135

Floriano, 01/08/17.

(86) 99432-2928

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Receituário

Raimundo Felix de Sousa

R
moaid.

① Finistrona em lotaria

Eupendo

30 dias

Código de ADM.

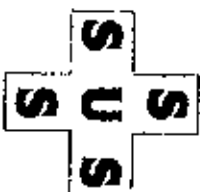


Florianópolis, 05/09/17

ESTADO DO PIAUÍ

**HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO
MARIA DE LOURDES LEAL NUNES**

Av. Alberto Leal Nunes, S/N - Fone 86 3293-1964 - 64490-000 / REGENERAÇÃO-PI



TRATAMIENTO AMBULATORIAL

OBSERVAÇÃO

Name: Edmund Kelly Senior

Data de Nascimento: 18.05.1994

CNS: 60631218061200081 Hora: 11:30

Subsequente(X) 1° Ver($\quad$) Cor(Q)

Cor 00

Endereço: 100 Independence St
275, SOS
Wash D.C.

Município: Paraná

História Clínica

79-164062-2 underpaid (copy & return to office) 10/23/11

Exame Físico: Atletismo, Natação, Futebol, Basquete

Sinais vitais:	P.A.	190	x	66	mm	Hg	Glicemia capilar	--	11	mg/dl
----------------	------	-----	---	----	----	----	------------------	----	----	-------

TAX: 36 °C Sal. 02 --- % P: --- berm F.R.: --- from

Outros Exames: Foi solicitado Ex-Off Contato Em

Hipótese Diagnóstica: FEAT 44.00.1.011.00-2.07

Exame ou Tratamento Solicitado: EMCA-124647001 PPR-0 - 170911227 OF

Data: 05/04/2025 10:02:25

MEADCO

13-AUG-2017 15:47 353027 1/1

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU IMPRESSÃO DIGITAL

OBS: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Receituário

Roimundo Felix Bene

Rx

uso tópico:

① Fitonor _____ oral
Oplicor 8184

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 3913 TEOT - 13135

Florianópolis, 07/08/17

(86) 99432-2828

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Receituário

Raimundo Felix de Sousa

R
mooid.

① Prinosteno em colar

Eropendo

30 dias

Carlo de AM.



Floriano, 05/09/17

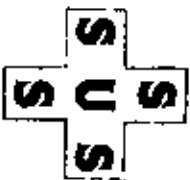


ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO

MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

Av. Alberto Leal Nunes, S/N - Fone 86 3293-1964 - 64490-000 / REGENERAÇÃO-PI



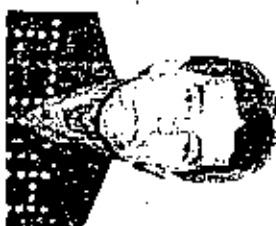
TRATAMENTO AMBULATORIAL

☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO

Nome: Raimundo Feli Souza
Data de Nascimento: 18.01.1944
CNS: 5063121109100081 Hora: 11:30 1ª Vez () Subsequente (X) Cor (U)
Endereço: Rodovia de São Paulo 375, SCS, Bloco 1
Município: Aracaju
História Clínica: paciente com história de "glaucoma de aguda" há 16 horas, com dor no olho e visão turva. Tratado com colírio e pomada. Sem melhora. Levado ao hospital para avaliação.
Exame Físico: hipertensão, sem sinais de desidratação
Sinais vitais: P.A.: 140 x 90 mm Hg Glicemia capilar: 140 mg/dl
TAX: 36 °C Sal: 02 % P: 70 bpm F.R.: 18 irpm
Outros Exames: ECG satisfatório. Rx de pulmão - E.
Hipótese Diagnóstica: Glaucoma de aguda - E. (U)
Exame ou Tratamento Solicitado: Exame de fundo de olho - 10/09/09
Data: 09/09/09 10/09/09 11/09/09
MEDICO CRISTIANE-449 141 420332 2451 1102-408-11 141 11020 11020332
ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO ASSINATURA DO PACIENTE OU IMPRESSÃO DIGITAL
OBS: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



ASSINATURA DO TITULAR

CAIXEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

162.765

DATA DE
EXPEDIÇÃO

03/10/13

NOME

RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA

FILIAÇÃO

IZABEL FÉLIX DE SOUSA
JOSÉ PEREIRA DE SOUSA

NATURALIDADE

FLORIANO-PI

DATA DE NASCIMENTO

18/01/1941

DOC. ORIGEM

CERT. CASAM. 1914 L 16B F 268V

EXP REGENERAÇÃO PI 09/12/03

CPF

011.635.583-20

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 80.260/83

Documentos de Identificação



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA - PIAUÍ
15-08-2017 15:47 333033 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - UGAO-DE DEUS MARTINS

6219274

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificacao



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 162.765 DATA DE EXPIRAÇÃO 03/10/13

NOME RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA

PAI RIZABEL FÉLIX DE SOUSA

MÃE JOSÉ PEREIRA DE SOUSA

NATURALIDADE FLORIANO-PI DATA DE NASCIMENTO 18/01/1941

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 1914 L 168 F 268V

EXPI. REGENERAÇÃO PI 09/12/03

CPF 011.635.583-20

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.114 DE 24/06/83 - DECRETO Nº 88.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

19274

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 162.765 DATA DE EMISSÃO 03/10/13

NOME RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA

FILIAÇÃO IZABEL FÉLIX DE SOUSA
JOSÉ PEREIRA DE SOUSA

NATURALIDADE FLORIANO-PI

DATA DE NASCIMENTO 18/01/1941

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 1914 L 168 F 268V
EXP. REGENERAÇÃO PI 09/12/03

CPF 011.635.583-20

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/03 - DECRETO Nº 80.260/03

17-00000-2802 233036 1/1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368250/18

Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

CPF: 011.635.583-20

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/07/2017

Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA : 011.635.583-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/10/2018
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: DAJANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

DAJANE SANTOS BARBOZA

Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo

3110616561

☐ Aguardando status e/ou Erro sistêmico

☒ Solicitação 07

☐ Solicitação 06

☒ Caixa Redistribuição

☐ Atraso por consulta ao site da Receita Federal

☐ Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
19/09/2018	8/10

24/09/18 - Recebimento de doc p/ cadastre

Nome: Daiane Barboza

À SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

REFERENTE SINISTRO Nº 3170616567 – COBERTURA INVALIDEZ

VITIMA: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

EU RAIMUNDO FELIX DE SOUSA, CPF: 011.635.583-20, VENHO MUI RESPEITOSAMENTE REQUERER DESSA CONCEITUADA, A REABERTURA/RECADASTRAMENTO DO SINISTRO ACIMA NUMERADO QUE SE ENCONTRA CANCELADO POR AUSENCIA DE EXIGÊNCIA DOCUMENTAL CONFORME CARTA Nº 12342980 DE 05 DE FEVEREIRO DE 2018. ENCAMINHO A PENDENCIA SOLICITADA PARA QUE SEJA FEITO A REABERTURA/RECADSTRAMENTO DO PROCESSO E O MESMO SEJA ANALISADO E CONCLUÍDO.

TERMO EM QUE,

PEÇO DEFERIMENTO.

FLORIANO-PI 11 DE SETEMBRO DE 2018



RAIMUNDO FELIX PEREIRA

CPF: 011.635.583-20

19-SET-2018 09:58 583016 M7
SERVIDOR LIDER DPVAT 092 LIVRO 2017 00000000

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Raimundo Filho de SouzaDATA DO ACIDENTE: 05.07.2017 CPF DA VÍTIMA 011.635.583-20

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR SR VÍTIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA ÉENDEREÇO DO PORTADOR Rua Bandeira de S. PauloNº 52 COMPLEMENTO -- BAIRRO Sas VicenteCIDADE Reginópolis UF PI CEP 64.490-000E-MAIL spurtonde@ig.com.br TELEFONE (89) 3521 2793994351033

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- ☐ SOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DADOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS.: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓRITAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS.: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MORTE = R\$ 13.500,00

* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA Mariano Pi 11.09.18

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

Raimundo Telles de Souza

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448275/17
Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/07/2017
Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA : 011.635.583-20
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
 - A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.
- Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/11/2017
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF/CNPJ: 011.635.583-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2017
Nome: JULIANA ANTUNES ESTIGARRIBIA
CPF: 079.808.657-23

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

JULIANA ANTUNES ESTIGARRIBIA

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder - DPVAT

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

DATA DO ACIDENTE 05/07/2017 POSSUI CPF (X) SIM () NÃO Nº OF 01655-55320

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário.
Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvaissguiaonline.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 027 1204.
Todos os documentos devem estar legíveis.

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo de IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - cópia autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de convivência junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de convivência junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Declaração de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
Quem é o portador? (X) Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador: 031117013
E-mail: 031117013@assinatura.raimundo.felix@dpvafazenda.com.br

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
Assistente RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
Data: 05/07/2017 Assinatura RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
Assinatura: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder do
Comércio de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448275/17
Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/07/2017
Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro	Outros
Declaração de Inexistência de IML Declaração do Proprietário do Veículo Outros	

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/01/2018
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2018
Nome: JOSÉ FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

JOSÉ FRANCISCO COELHO LOUREIRO

SINISTRO 3170616567 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS**BENEFICIÁRIO** RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 01163558320**Posição em 15-01-2018 11:03:34**

Seu pedido de indenização foi avallado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de Inexistência de IML	Vitima	Pendente	
Declaração do Proprietário do Veículo	Vitima	Pendente	

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/12/2017	Exigência Documental	
28/12/2017	Aviso de Sinistro	

Consultado em 15/01/2018 às 11:03:34
Raimundo Félix de Sousa
CPF: 01163558320

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448275/17
Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/07/2017
Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Comprovação de ato declaratório
Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/01/2018
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Alexandre Tavares Belfort

Cristina Alves

De: Daysielle Oliveira <daysielleoliveira@delphos.com.br>
Enviado em: segunda-feira, 29 de janeiro de 2018 08:41
Para: Projeto Correo
Cc: Marcus Reis; Marco Silva
Assunto: Sinistro: 3170616567 - RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
Anexos: Ato declaratório.pdf

Prezados, Bom dia!

Solicitamos que receba (em anexo) a segunda prova do acidente no ato declaratório.

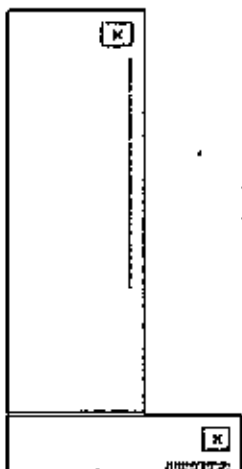
Aviso Seguradora líder de Invalidez registrado por:
Usuário: JULIANA ANTUNES ESTIGARRIBIA

ASL-0448275/17

Dados da vítima
Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 01163558320
CPF de: Próprio
Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
Data de nascimento: 18/01/1941
Data do sinistro: 05/07/2017

Daysielle Oliveira
Coordenadora de Sinistros de Pessoas
DELPHOS
www.delphos.com.br

Rio de Janeiro: (21) 4009-1707



IMPORTANTE: Os documentos e arquivos anexados a este e-mail contém informações que podem ser confidenciais. Esta informação é para uso exclusivo do (s) destinatário (s) específico (s) cujo nome (s) aparece (em) na seção de cabeçalho do e-mail. Se você recebeu esta mensagem por engano, por favor, notifique o remetente imediatamente pelo retorno da mensagem e delete o arquivo e seus anexos. Você está sendo notificado que qualquer divulgação, cópia, distribuição ou adoção de qualquer ação decorrente da informação confidencial contida neste documento é estritamente proibida. Qualquer violação poderá ser penalizada por lei.

IMPORTANT: The documents and files attached to this transmission contain confidential information that must be kept secret by law. This information is for the exclusive use of the specified recipient whose name appears in this transmission. If you have received this message by mistake, please notify us immediately by return e-mail and delete the file and its attachments. You are hereby notified that any dissemination, copying, distribution or adoption of any action arising from the confidential information contained herein is strictly prohibited. Any violation will be penalized by law.



20031-205

Rua de Janeiro - RJ

Rua Sen. Dantas N.º 14. 15º andar Centro

Sigwardson Ltda



D. H.

Regencia - R-I - 64490-000

Procedimento de S. Pinto. S/W. Sem custo

Raimundo Felix de Souza

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Laudo do IML - Lesões corporais



Eu, RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA, portador da carteira de identidade nº 162.765 e inscrito no CPF/IME sob o nº 011.635.583-20 residente e domiciliado na RUA LAURENÇA DE S. PINTO, 275 - SÃO VICENTE Cidade REGENERATION Estado PIAUÍ, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Raimundo Félix de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

REGENERATION-PI

Local e data

REGENERATION-PI
19-10-2018 10:26 029103 14

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448275/17
Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/07/2017
Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro	Outros
Declaração de Inexistência de IML Declaração do Proprietário do Veículo Outros	

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/01/2018
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2018
Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

SINISTRO 3170616567 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA**COBERTURA** invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS**BENEFICIÁRIO** RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 01163558320**Posição em 15-01-2018 11:03:34**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de Inexistência de IML	Vítima	Pendente	
Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Pendente	

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/12/2017	Exigência Documental	
28/12/2017	Aviso de Sinistro	

SINISTRO 3170616567
15-01-2018 10:06 029183 V1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448275/17
Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/07/2017
Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro	Outros
Declaração de Inexistência de IML Declaração do Proprietário do Veículo Outros	

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/01/2018
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2018
Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

SINISTRO 3170616567 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA**COBERTURA** invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS**BENEFICIÁRIO** RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 01163558320**Posição em 15-01-2018 11:03:34**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de Inexistência de IML	Vítima	Pendente	
Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Pendente	

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/12/2017	Exigência Documental	
28/12/2017	Aviso de Sinistro	

Consultado em 15/01/2018 às 10:06
CPF/CNPJ: 01163558320

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448275/17
Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/07/2017
Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13,500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/01/2018
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Alexandre Tavares Belfort

Outros



Cristina Alves

De: Daysielle Oliveira <daysielle.oliveira@delphos.com.br>
Enviado em: segunda-feira, 29 de janeiro de 2018 08:41
Para: Projeto Correio
Cc: Marcus Reis; Marco Silva
Assunto: Sinistro: 3170616567 - RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
Anexos: Ato declaratório.pdf

Prezados, Bom dia!

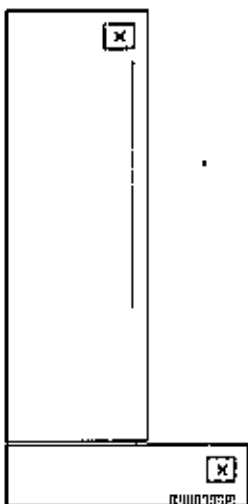
Solicitamos que receba (em anexo) a segunda prova do acidente no ato declaratório.

Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por:
Usuário: JULIANA ANTUNES ESTIGARRIBIA

ASL-0448275/17

Dados da vítima
Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 01163558320
CPF de: Própio
Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
Data de nascimento: 18/01/1941
Data do sinistro: 05/07/2017

Daysielle Oliveira
Coordenadoria de Sinistros de Pessoas
DELPHOS
www.delphos.com.br



IMPORTANTE: Os documentos e arquivos anexados a este e-mail contém informações que podem ser confidenciais. Esta informação é para uso exclusivo do (s) destinatário(s) específico (s) cujo nome (s) aparece (em) na seção de cabeçalho do e-mail. Se você recebeu esta mensagem por engano, por favor, notifique o remetente imediatamente pelo retorno da mensagem e delete o arquivo e seus anexos. Você está sendo notificado que qualquer divulgação, cópia, distribuição ou adoção de qualquer ação decorrente da informação confidencial contida neste documento é estritamente proibida. Qualquer violação poderá ser penalizada por lei.

IMPORTANT: The documents and files attached to this transmission contain confidential information that must be kept secret by law. This information is for the exclusive use of the specified recipient whose name appears in this transmission. If you have received this message by mistake, please notify us immediately by return e-mail and delete the file and its attachments. You are hereby notified that any dissemination, copying, distribution or adoption of any action arising from the confidential information contained herein is strictly prohibited. Any violation will be penalized by law.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368250/18

Número do Sinistro: 3180471796

Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

CPF: 011.635.583-20

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA : 011.635.583-20

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/03/2019
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA *Raimundo Silva de Sousa*

DATA DO ACIDENTE *05.07.2017* CPF DA VITIMA *011.635.583-20*

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR *(X) VITIMA* () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM

QUALIFICAÇÃO

ENDEREÇO DO PORTADOR *Rua Lourenço de A. Pinto*

510 (COMPLEMENTO

CIDADE *Raposa* UF *Piauí* BAIRRO *São Vicente*

CEP *64.490-000* TELEFONE *(89) 3521-2993*

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE.

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLÍCIA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE MATRIMÔNIO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE MATRIMÔNIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE MATRIMÔNIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

Lourenço

34804717-96

RECEBIDO

12 MAR 2018

Seguradora Líder DPVAT

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

(X) CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLÍCIA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE MATRIMÔNIO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE MATRIMÔNIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE MATRIMÔNIO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE MATRIMÔNIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

MORTE - R\$ 13.500,00
INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.394/74.

OSPREÇOS MÉDICOS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (PREMIOBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS

LISTADOS NESTE FOMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODODANILITO.COM.BR OU LIGUE

GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1206

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SEGURADORA

DATA *01.02.18*

IDENTIDADE

ASSINATURA

Raimundo Silva de Sousa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368250/18

Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

CPF: 011.635.583-20

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/07/2017

Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA : 011.635.583-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/10/2018
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

DAIANE SANTOS BARBOZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368250/18

Número do Sinistro: 3180471796

Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

CPF: 011.635.583-20

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA : 011.635.583-20

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/03/2019
Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
CPF: 011.635.583-20

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180471796

Vitima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Data do Acidente: 05/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180471796**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13475028



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
Nº Sinistro: 3180471796
Vitima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
Data do Acidente: 05/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180471796**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180471796

Vítima: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Data do Acidente: 05/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

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, RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 162.765 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 03/10/13 E
 CPF 071635583-20 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO APD SENTADO
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscp 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

Autorização de pagamento



1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 1989 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 67752-6

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

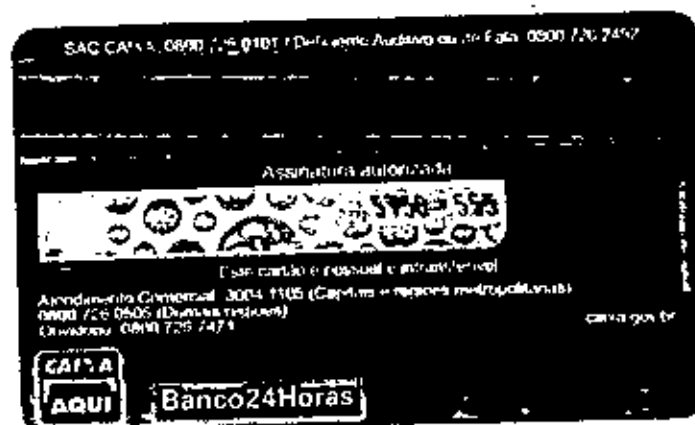
LOCAL REGENERAÇÃO - PI DATA 03/11/2017

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Raimundo Felix de Sousa

! 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SEN180008 L1681 PMM1 P4 13-NOV-2017 15:47 333036 1/1



Autorização de pagamento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

3170616567

CPF da Vítima

011.635.583-20

Nome completo da vítima

Raimundo Felix de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
Raimundo Felix de Souza		011.635.583-20		Picudo
Endereço	Número		Complemento	
Rua Bandeira de S. Pinto	S/N		-	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
São Vicente	Requenaço	PE	64.490-000	
Email	Telefone (DDD)			
	83-35212793			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRANDESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO

3489

D/V

CONTA

NRO

67752

D/V

6

oper.

013

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Glonianski 11 de setembro de 2018

Local e Data

Raimundo Felix de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

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, RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 162.765 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 03/10/13 E
 CPF 011635583-20 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO APD. SENTADO
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (") NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, 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.

1 Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado na SISPDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 1989 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 67752-6

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

LOCAL RESSURTAÇÃO - PI DATA 03/11/2017

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Raimundo Felix de Sousa

! 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUA

COMPROVANTE DE DEPOSITO

01/09/2018 HORA: 10:16:30
DATA EFETIVACAO. 10/09
CONVENIO: 000487295
OPERADOR: DINER

AGENCIA 1989
CONTA 013.00067752-6
NOME RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
VALOR: 5,00
COD OPERACAO 631193496

018-09-10-10 16 29 9704
DISQUE CAIXA 0800 72
0101 OUVI

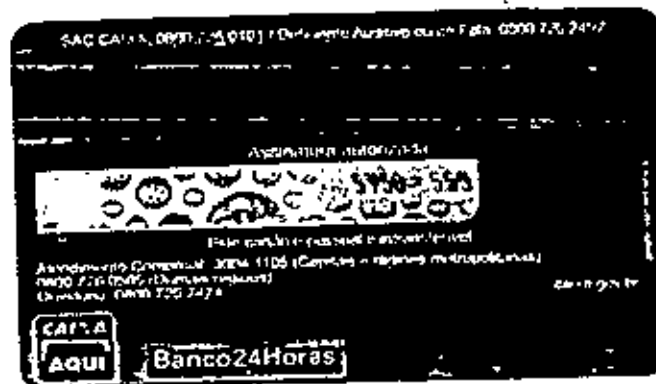
DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A F
NO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MI
DISCONTA MARCADA PARA RECEBIMENTO
SITO EXCLUSIVAMENTE NO CAIXA DAS AG

SAC CAIXA. 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala 0800 726 2492

Ouvidoria 0800 725 7474

caixa.gov.br



SELEÇÃO LÍDER DPPI RJ 13-NOV-2017 15:47 330836 1/1



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

Nº do sinistro ou ASL: **318047 1796** CPF da vítima: **011.635.583-20** Nome completo da vítima: **Raimundo Felix de Sousa**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDÁ MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Raimundo Felix de Sousa** CPF: **011.635.583-20**
Profissão: **Reuso** Endereço: **Rua Iandemira de S. Pinto** Número: **510** Complemento: **-**
Bairro: **São Vicente** Cidade: **Recuperação** Estado: **PI** CEP: **64.490-000**
E-mail: **-** Tel./DDD: **85-3521 2793**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDÁ MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDÁ ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3989** CONTA: **67752** **6**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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 de 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 arrolado, 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 não submeter à avaliação médica as 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Gloriano - PI - 04.02.2019**

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUILA

COMPROVANTE DE DEPOSITO

01/09/2018 HORA: 10:16:30
DATA EFETIVACAO 10/09
CONVENIO 000487295
OPERADOR DINER

VALOR 1989
CONTAS 013 00067752-6
NOME RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
VALOR 5,00
COD OPERACAO 631193496

013 00 10 10 16 29 9704
DISQUE CAIXA - 0800 72
0101 OUVI

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A F
ACAO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MI
NUTOS MARCADA PARA RECEBIMENTO
EXCLUSIVAMENTE NO CAIXA DAS AG

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala Ligue 726 2492

Caixa Econômica Federal 0800 726 2474

caixa.gov.br



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

Nº do sinistro ou ASL: **318047 1796** CPF da vítima: **011.635.583-20** Nome completo da vítima: **Raimundo Felix de Sousa**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDÁ MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Raimundo Felix de Sousa** CPF: **011.635.583-20**
Profissão: **Reuso** Endereço: **Rua Iandemira de S. Pinto** Número: **510** Complemento: **-**
Bairro: **São Vicente** Cidade: **Regeneração** Estado: **PI** CEP: **64.490-000**
E-mail: **-** Tel (DDD): **85-3521 2793**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDÁ MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDÁ ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3989** CONTA: **67752** **6**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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 de 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 arrolado, 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 não submeter à avaliação médica as 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Gloriano - PI - 04.02.2019**

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Raimundo Felix de Sousa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUILA

COMPROVANTE DE DEPOSITO

01/09/2018 HORA: 10:16:30
DATA EFETIVACAO 10/09
CONVENIO 000487295
OPERADOR DINER

VALOR 1989
CONTAS 013 00067752-6
NOME RAIMUNDO FELIX DE SOUSA
VALOR 5,00
COD OPERACAO 631193496

013 00 10 10 16 29 9704
DISQUE CAIXA - 0800 72
0101 OUVI

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A F
ACAO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MI
NUTOS MARCADA PARA RECEBIMENTO
EXCLUSIVAMENTE NO CAIXA DAS AG

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala Ligue 726 2492

Caixa Econômica Federal 0800 726 2474

caixa.gov.br



B.O. autenticado

no processo de DANF

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 132579.000356/2017-96

Unidade de Registro: DP DE AMARANTE

Resp. pelo Registro: Maria Da Paz Ferreira Araujo

Data/Hora: 03/11/2017 - 12:14

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE REGENERAÇÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

REGENERAÇÃO

Endereço

RUA CEARÁ, Nº:

Complemento

BELA VISTA

Data/Hora

05/07/2017 - 11:15

Boletim de ocorrência



Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

PROXIMO AO TERRENO DO PARAIBA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

RG: 162.765

Mãe: IZABEL FELIX DE SOUSA

Pai: JOSÉ PEREIRA DE SOUSA

Endereço: RUA LADEMIRA DE SOUSA PINTO, Nº 275

Complemento: SÃO VICENTE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: REGENERAÇÃO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito;

2 - Dirigir veículo automotor sem permissão ou habilitação (Art. 309 do CTB).

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA, Outros

Condutor: A VÍTIMA

End: LADEMIRA DE S.PINTO Número: 275 Complemento: SÃO VICENTE

Cidade: REGENERAÇÃO UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: JOSÉ PEREIRA DA SILVA

End: RUA DEOLINDO PESSOA Número:

Cidade: REGENERAÇÃO UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

Ano: Placa: Chassi:

2007 LWB7956 9C2KD03207R009407

Renavam:

907604323

Cor:

Preta

RELATO DA OCORRÊNCIA

Notícia que dia 05/07/2017, por volta das 11:15 hs, trafegava pela rua Ceará e ao fazer uma curva, perdeu o controle da moto caiu ao solo sofrendo fratura no cotovelo esquerdo; Que foi socorrido levado ao Hospital municipal de Regeneração-PI e em seguida em caminhada para o Hospital Tiberio Nunes em Floriano-PI. Conforme ficha de Tratamento Ambulatorial, era o que tinha a relatar.////

Maria Da Paz Ferreira Araujo - Mat. 0096156
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA Noticiante
Responsável pela informação





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

1273 v. 1.0

B.O. autenticado
no protocolo de DMS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 132579.000356/2017-96

Unidade de Registro: DP DE AMARANTE

Resp. pelo Registro: Maria Da Paz Ferreira Araujo

Data/Hora: 03/11/2017 - 12:14

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE REGENERAÇÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

REGENERAÇÃO

Endereço

RUA CEARÁ, Nº:

Complemento

BELA VISTA

Boletim de ocorrência



Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

PROXIMO AO TERRENO DO PARAIBA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

RG: 162.765

Mãe: IZABEL FELIX DE SOUSA

Pai: JOSÉ PEREIRA DE SOUSA

Endereço: RUA LADEMIRA DE SOUSA PINTO, Nº 275

Complemento: SÃO VICENTE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: REGENERAÇÃO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito;

2 - Dirigir veículo automotor sem permissão ou habilitação (Art. 309 do CTB).

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. Outros

Condutor: A VÍTIMA

End: LADEMIRA DE S. PINTO Número: 275 Complemento: SÃO VICENTE

Cidade: REGENERAÇÃO UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: JOSÉ PEREIRA DA SILVA

End: RUA DEOLINDO PESSOA Número:

Cidade: REGENERAÇÃO UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

Ano: Placa: Chassi:

2007 LWB7956 9C2KD03207R009407

Renavam:

907604323

Cor:

Preta

RELATO DA OCORRÊNCIA

Notícia que dia 05/07/2017, por volta das 11:15 hs, trafegava pela rua Ceará e ao fazer uma curva, perdeu o controle da moto caiu ao solo sofrendo fratura no cotovelo esquerdo; Que foi socorrido levado ao Hospital municipal de Regeneração-PI e em seguida em caminhado para o Hospital Tibério Nunes em Floriano-PI. Conforme ficha de Tratamento Ambulatorial, era o que tinha a relatar.////

Maria Da Paz Ferreira Araujo - Mat. 0096156
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA - Notificante
Responsável pela Informação





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 132579.000356/2017-96

Unidade de Registro: DP DE AMARANTE

Resp. pelo Registro: Maria Da Paz Ferreira Araujo

Data/Hora: 03/11/2017 - 12:14

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável:

Data/Hora

DP DE REGENERAÇÃO

05/07/2017 - 11:15

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

REGENERAÇÃO

Endereço

RUA CEARÁ, Nº:

Complemento

BELA VISTA



Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

PROXIMO AO TERRENO DO PARAIBA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO FELIX DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 162.765

Mãe: IZABEL FELIX DE SOUSA

Pai: JOSÉ PEREIRA DE SOUSA

Endereço: RUA LADEMIRA DE SOUSA PINTO, Nº 275

Complemento: SÃO VICENTE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: REGENERAÇÃO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito;

2 - Dirigir veículo automotor sem permissão ou habilitação (Art. 309 do CTB).

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. Outros:

2007 LWB7956 9C2KD03207R009407

907604323

Preta

Condutor: A VÍTIMA

End: LADEMIRA DE SOUSA PINTO Número: 275 Complemento: SÃO VICENTE

Cidade: REGENERAÇÃO UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: JOSÉ PEREIRA DA SILVA

End: RUA DEOLINDO PESSOA Número:

Cidade: REGENERAÇÃO UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

Notícia que dia 05/07/2017, por volta das 11:15 hs, trafegava pela rua Ceará e ao fazer uma curva, perdeu o controle da moto caiu ao solo sofrendo fratura no cotovelo esquerdo; Que foi socorrido levado ao Hospital municipal de Regeneração-PI e em seguida em caminhado para o Hospital Hélio Nunes em Floriano-PI. Conforme ficha de Tratamento Ambulatorial, era o que tinha a relatar.////

Anderson Da Silva Machado - Mat. 299116X
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

RAIMUNDO FELIX DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Bel. Otomário
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 272256-5



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 132579.000356/2017-96

Delegado de Polícia


Bel. Ottony Nogueira Neto
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 272256-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA, portador da carteira de identidade nº 162.765 e inscrito no CPF/MF sob o nº 011.635.583-20 residente e domiciliado na RUA LAUREMIRA DE S. PINTO, 275 - SÃO VICENTE Cidade REGENERATION Estado PIAUÍ, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Raimundo Félix de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

REGENERATION-PI

Local e data

19-12-2018 10:26:02 029102 1/1



OBSERVAÇÃO: INTERNAÇÃO

Nome: Raimundo Lili Juma

Data de Nascimento: 18.04.1941

CNS-5063 21-03-2008 Hora: 15:30

CNS-2063 21X09:0008 Hora: 13:30 1ª Vez () Subsequente (X) Cor(MI)

Endereço: Av. J. J. de Almeida 275 São Paulo SP

Município: Quilmes

Historia Clínica: Paciente, Casa, 5 de 1997

Exame Físico: Hidrotaxia, Nutrição adequada, Eupneúria, anorgasmia

Sinais vitais: P-A: 190 x 60 mm Hg Glicemia capilar 120 MG/dl

TAX: 36 °C Sal. 02 — P: — bom ER: —

Outros Exames: 6-01 50/32/24/11 12-1 off CATHETER-E.

Hidbosc Diagonstica: Platichthys platichthys

Exame ou Tratamento Solicitado: EMERGÊNCIA PRONTO-SOCORRO PRONTO-SOCORRO

Data: 05/07/2015

13-NOV-2017 15:41 263027 1/1

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU IMPRESSÃO DIGITAL

OBS: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.



ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO

MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

Av. Alberto Leal Nunes, SN - Fone 66 3293-1964 - 64490-000 / REGENERAÇÃO-PI



Comprovação de ato declar



TRATAMENTO AMBULATORIAL

☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO

Nome: Carla Maria de Fátima
Data de Nascimento: 04.04.1974 Hom: 33:30 1ª Vez () Subsequente (X) Cor ()
CNS: 206312130910008
Endereço: Quilombo da Serra, 235, São José
Município: Regeneração
História Clínica: paciente com história de "crise de hipertensão" e 16.04.2003 admitido com sintomas de crise de hipertensão e
Exame Físico: hipertensão, hipertrofia da língua, amarelado
Sinais vitais: P.A: 190 x 110 mm Hg Glicemia capilar 120 mg/dl
TAX: 36 °C Snt. 02 70 bpm F.R.: 18 ipm
Outros Exames: ECG satisfatório Rx - pulm. satisfatório - E.
Hipótese Diagnóstica: hipertensão - E. C.
Exame ou Tratamento Solicitado: ECG, medicação para - hipertensão de
Data: 05/04/2003 MEDICO: CRISTIANE DA SILVA
ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO: CRISTIANE DA SILVA
OBS: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.

Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima

Raimundo Félix de Souza

CPF da Vítima

011.635.583-20

Data do Acidente

05.07.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bloniano Pi. 11 de setembro de 2018

Local e Data

Raimundo Félix de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Comprovante de residência



Av. Marechal Castello Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

MATRICULA 1044754-7		Hidrometro 412121		Referência 10/06/17																						
Nome/Razão Social/Venderaço MANUELO FELIX DE SAUSA RUA LAUDENIRA DE S PINTO, S/N SAO VICENTE REGENERACAO 64490-000																										
<table border="1"> <tr> <th>Situação</th> <th>Atividade</th> <th>At.</th> <th>Categoria do Uso</th> <th>Inscrição</th> </tr> <tr> <td>3/1</td> <td></td> <td></td> <td>Com. Ind. Pub.</td> <td>81 2 17 04-19 04-19-000</td> </tr> </table>						Situação	Atividade	At.	Categoria do Uso	Inscrição	3/1			Com. Ind. Pub.	81 2 17 04-19 04-19-000											
Situação	Atividade	At.	Categoria do Uso	Inscrição																						
3/1			Com. Ind. Pub.	81 2 17 04-19 04-19-000																						
Período de Consumo 05/05/2017 a 17/06/2017																										
<table border="1"> <tr> <th>Período de Consumo</th> <th>Consumo</th> <th>Diária Consumo</th> </tr> <tr> <td>05/05/2017</td> <td>19</td> <td>24</td> </tr> </table>						Período de Consumo	Consumo	Diária Consumo	05/05/2017	19	24															
Período de Consumo	Consumo	Diária Consumo																								
05/05/2017	19	24																								
<table border="1"> <tr> <th>Período de Consumo</th> <th>Consumo</th> <th>Diária Consumo</th> </tr> <tr> <td>06/05/17</td> <td>25</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>07/05/17</td> <td>31</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>08/05/17</td> <td>36</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>09/05/17</td> <td>42</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>10/05/17</td> <td>47</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>11/05/17</td> <td>54</td> <td>0</td> </tr> </table>						Período de Consumo	Consumo	Diária Consumo	06/05/17	25	0	07/05/17	31	0	08/05/17	36	0	09/05/17	42	0	10/05/17	47	0	11/05/17	54	0
Período de Consumo	Consumo	Diária Consumo																								
06/05/17	25	0																								
07/05/17	31	0																								
08/05/17	36	0																								
09/05/17	42	0																								
10/05/17	47	0																								
11/05/17	54	0																								
Forma de Pagamento 1044754-7 MANUELO DE SAUSA																										
Cód. Responsável 01044754-7																										
Cód. de Tarifa 02																										
Consumo Médio 10																										
Consumo 10																										
Consumo Fabricado 10																										
DESCRIÇÃO DA FATURA AGSIA Nome do Serviço MANUTENCAO HIDROMETRO																										
Vpky 1973 1,60																										

VENCIMENTO 25/06/2017 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 27,33
 VENCIMENTO EVITE CO... MULTA/JUROS HORA
 CUIDARME TEL FEDERAL 11.445.2037 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE AGUA CONFORME PORT. 2914/2011-MH							
Parâmetro	Turbidez	Cor	Oxig	pH	Feito	Exatidão	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	8,0 a 8,5	0,3	Acertar	Acertar
No Mínimo de Amostras Englobar							
No Amostras Registradas							
At Amostras que Atende Legislação	1.30	6.00	0.45	7.49	0.00	0.00	0.00
Valor Máximo Permitido a Coletar em Hora de Fecundação de Ostracodonte							
Condição: CAR 1.30 a 1.50 COLETA: 1.30 a 1.50							
PRECISAR PROCESSAR DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL							

SEMPRE LIGAR O FONE 11-445-2037 13-445-2037 13-445-2037 13-445-2037



AGESPISA - 06.845.747/0001-27

Nº Documento: 20180810447547

ESCRITÓRIO REGENERAÇÃO

MATRÍCULA 01044754.7	CLIENTE RAIMUNDO FELIX DE SOUSA	CPF/CNPJ:	VENCIMENTO 28/08/2018
INSCRIÇÃO 089.002.349.0419.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA LADEMIRA DE S PINTO, NUM. S/N - SAO VICENTE REGENERAÇÃO PI 64490-000	FATURA 08/2018-3	
RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA		ÁGUA LIGADA	ESGOTO POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS				LEITURA					CONSUMO		CONSUMO/DIA	
				ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)				
07/2018 -	10	06/2018 -	10	105	108	10	32	0,32				
05/2018 -	10	04/2018 -	10	20/07/2018	21/08/2018							
03/2018 -	10	02/2018 -	10									
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR										
1	10	R 5323										

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR ECONOMIA	VALOR R\$
ÁGUA RESIDENCIAL GEN UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA MANUTENÇÃO DE HIROMETRO 08/2018 MULTA IMPONTUALIDADE 07/2018 06/2018 JURAS DE MORA 07/2018 06/2018	10 M3 Comprovante de residencia 	26,91 1,60 1,23 1,28

TOTAL R\$ 31,02

DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS	Base de Cálculo: 31,02
IR: 1,49	COFINS: 0,93
CSLL: 0,31	PIS/PASEP: 0,20
CASO O SEU DÉBITO TENHA SIDO PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE ESTE AVISO.	

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO (Decreto nº 5.440 e Portaria 518/MS)		
GERÊNCIA REGIONAL: GEN CENTRO NORTE	Mês/Ano 07/2018	
REDE DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA	TURBIDEZ (uT)	CLORO
PARÂMETROS (valores Médios)	1,48	1,78

VIA CLIENTE	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 11/09/2018



MATRÍCULA 01044754.7	INSCRIÇÃO 089.002.349.0419.000
-------------------------	-----------------------------------

FATURA 08/2018-3	NÃO RECEBER APÓS 30/11/2018
---------------------	--------------------------------

VENCIMENTO 28/08/2018

VALOR R\$	31,02
-----------	-------

GRUPO: 13

FIRMA: 1

82680000000-0 31020001311-1 04475470820-2 18000030003-8

VIA AGESPISA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
 Insc. Estadual: 19.301.558-7 / CNPJ: 06.845.347/0001-27
 Internet: www.agespisa.com.br
 Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

MATRICULA 1044754-7	Hidrometro 4154 12 111	Referência 01/01/2017
Nome/Razão Social/Endereço RAIMUNDO FELIX DE SÁ RUA LAURENTE DE S. LINS, S/N SAO VICENTE REGISTRAÇÃO 64490440		
Atividade 371 - Abastecimento de água		
Inscrição 8-1 1-1 0-19 4-19-000		
Período de Consumo 15/03/2017 a 14/04/2017		
DIÁRIA Consumo 30		
Histórico de Consumo		
12/10	19	0
11/17	25	6
02/17	31	6
03/17	36	5
04/17	42	6
05/17	47	5
06/17	54	7
Valor da Fatura 27,33		
Valor do Serviço 1,60		

VENCIMENTO 25/06/2017 **TOTAL** 27,33
 PAGO EM 25/06/2017
 O VALOR DE 27,33 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 1,60 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 25,73 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 24,13 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 22,53 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 20,93 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 19,33 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 17,73 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 16,13 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 14,53 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 12,93 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 11,33 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 9,73 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 8,13 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 6,53 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 4,93 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 3,33 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 1,73 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017
 O VALOR DE 0,13 DEVE SER PAGADO ATÉ 25/06/2017

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONSUMIDA POR 2017/2018									
Parâmetro	Unidade	Valor	Limite	Valor	Limite	Valor	Limite	Valor	Limite
Temperatura	°C	15	25	15	25	15	25	15	25
pH		6,5	8,5	6,5	8,5	6,5	8,5	6,5	8,5
Condutividade	µS/cm	100	1000	100	1000	100	1000	100	1000
Turbidez	NTU	1	5	1	5	1	5	1	5
Cor	PCU	10	20	10	20	10	20	10	20
Demanda Química de Oxigênio	mg/L	10	20	10	20	10	20	10	20
Demanda Biológica de Oxigênio	mg/L	10	20	10	20	10	20	10	20
Cloro Residual	mg/L	0,5	1,0	0,5	1,0	0,5	1,0	0,5	1,0
Fluoretos	mg/L	1,0	1,5	1,0	1,5	1,0	1,5	1,0	1,5
Metais Pesados	mg/L	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2
Resíduo Total	mg/L	10	20	10	20	10	20	10	20

SISTEMA DE CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA

ESCRITÓRIO REGENERAÇÃO

MATRÍCULA 01044754.7	CLIENTE RAIMUNDO FELIX DE SOUSA	CPF/CNPJ:	VERCIMENTO 28/01/2019
INSCRIÇÃO 089.002.349.0419.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA LAUDENIPA DE S PINTO, NUM. 5/N - SÃO VICENTE REGENERAÇÃO PI 64490-000		FATURA 01/2019-6
RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA		ÁGUA LIGADA	ESGOTO POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS				LEITURA		CONSUMO		CONSUMO/DIA
				ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)
12/2018 -	10	11/2018 -	10	118	121	10	33	0,31
10/2018 -	10	09/2018 -	10	19/12/2018	21/01/2019			
08/2018 -	10	07/2018 -	10					
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR						
1	10	R 5332						

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR ECONOMIA	VALOR R\$
ÁGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADES CONSUMO DE ÁGUA MANUTENÇÃO DE HIDRÔMETRO 01/2019 MULTA INCONTINUIDADE 11/2018 10/2018 JURCS DE MORA 11/2018 10/2018	10 M3 Comprovante de residencia 	28,72 1,60 1,14 1,43

TOTAL	R\$	32,89
--------------	------------	--------------

TAXA FORTAL DE TRIBUTOS	Base de Cálculo: 32,89	
	IRF 1,56 CPL 0,33	COFINS 0,29 PIS/PASEF 2,21

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO (Decreto nº 5.440 e Portaria S18/MS)		
GERÊNCIA REGIONAL: GEN CENTRO NORTE	Mês/Ano 12/2018	
REDE DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA	TURBIDEZ (nt)	CLOPO
PARÂMETROS (valores médios)	0,57	1,12

VIA CLIENTE	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 04/02/2019

AGESPISA	MATRÍCULA 01044754.7	INSCRIÇÃO 089.002.349.0419.000	FATURA 01/2019-6	NÃO RECEBER APOS 30/04/2019
----------	-------------------------	-----------------------------------	---------------------	--------------------------------

VERCIMENTO 28/01/2019	VALOR R\$	32,89
--------------------------	--------------	-------

GRUPO: 13

FIRMA: 1

026200000000-6 32890001311-6 04475470120-7 19000060003-0

VIA AGESPISA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ PEREIRA DA SILVA

RG nº 1.400.673, data de expedição 21/11/07.

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 276.621.078-41, com

domicílio na cidade de REGENERAÇÃO-PI, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DEOLINDO PESSOA, nº S/N.

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA cujo o condutor era

RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA.

Veículo: BROS KF

Modelo: HONDA NXR 150 BROS KF

Ano: 2006/2007

Placa: LWB 7956

Chassi: 9C2KD03207R008407

Data do Acidente: 28/06/2017

Local e Data: REGENERAÇÃO-PI 15/01/2018

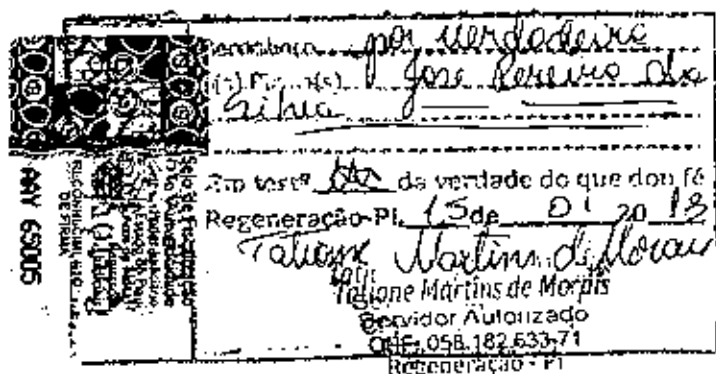


José Pereira da Silva

Assinatura do Declarante

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

SEÇÃO DE LICENÇAS DE CONDUTORES - 19-04-2018 16:26:02 029103 1/1





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE PEREIRA DA SILVA,

RG nº 1.400.673, data de expedição 21/11/07.

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 276.621.078-41, com

domicílio na cidade de REGENERAÇÃO-PI, no Estado de

PIAUÍ, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DEOLINDO PESSOA, nº S/N.

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 RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA cujo o condutor era

RAIMUNDO FÉLIX DE SOUSA.

Veículo: BROS KF

Modelo: HONDA NXR 150 BROS KF

Ano: 2006/2007

Placa: LWD 7956

Chassi: 9C2XD03207R008407

Data do Acidente: 28/06/2017

Local e Data: REGENERAÇÃO-PI 15/01/2018



Jose Pereira da Silva

Assinatura do Declarante

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

Assinatura por Jose Pereira da Silva

Assinatura de Tatiane Martins de Morais

Regeneração-PI, 15 de Jan de 2018

Tatiane Martins de Morais

Provedor Autorizado

CPF: 058.182.633-71

Regeneração-PI