

Controle: x | Audió: x | Uploa: x | Mens: x | Consu: x | 0800: x | Down: x | what: x | What: x | Tribu: x | Sistern: x | Portal: x | + | - | x

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=491002&ica=53d66ee1c003488babfcc3b0e8837c... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... - Questões de conc... »

Pje ProceComCiv 0800323-56.2020.8.18.0078 FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA X SEGURADORA LIDER DOS CON...

9710170 - CONTESTAÇÃO (2718844 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 14/05/2020 18:05:13

14 May 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 9710166 - CONTESTAÇÃO
 - 9710170 - CONTESTAÇÃO (2718844 CONTESTACAO 01)
 - 9710172 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2718844 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9710174 - Procuração (procuracao atos subs 2016 (2))
 - 9710175 - Documentos (CARTA DE PREPOSTO)
 - 9710178 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBS)

18:05

28 Apr 2020

14 de 12

2718844 - CJ/ 2020-01801/ INVAIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE VALENÇA DO PIAUI/PI

Ativar o Windows
Ativar o Windows.
Exibir todos

protocolo.pdf protocolo.pdf 15. RJ Nº 0021153-....pdf 2378453_CONTES....pdf online.html

18:06 14/05/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE VALENCA DO PIAUI/PI

Processo: 08003235620208180078

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **29/10/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 14/01/2020.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 29/10/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais).

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais³.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁴.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

³ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁴ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 675,00 (SEISCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁵, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

⁵“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

⁷ art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

VALENCA DO PIAUI, 7 de maio de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

| Danos Corporais Previstos na Lei | Total (100%) | Intensa (75%) | Média (50%) | Leve (25%) | Residual (10%) |
|---|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior | | | | | |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral | | | | | |
| Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica | | | | | |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | R\$ 9.450,00 | R\$ 7.087,50 | R\$ 4.725,00 | R\$ 2.362,50 | R\$ 945,00 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés | R\$ 6.750,00 | R\$ 5.062,50 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.687,50 | R\$ 675,00 |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho | | | | | |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar | R\$ 3.375,00 | R\$ 2.531,25 | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75 | R\$ 337,50 |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo | | | | | |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | R\$ 1.350,00 | R\$ 1.012,50 | R\$ 675,00 | R\$ 337,50 | R\$ 135,00 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | | | | | |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço | | | | | |

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **VALENCA DO PIAUI**, nos autos do Processo nº 08003235620208180078.

Rio de Janeiro, 7 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Francina das Chagas Rodrigues
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 527239 de Sena

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 29/10/2019 12:54:12

(User: FERNANDO COUTO)

(Estação: GE55002)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

| | | |
|--|-------------------------|---|
| Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA | | Prontuário: 527239 |
| Mãe: ANTONIA RODRIGUES DE SENA | | Pai: EGIDIO DA CRUZ ROCHA |
| End.Resid.: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI - CEP: 64315-000 | | |
| Nascimento: 19/12/1974 | Idade: 44a10m10d | Sexo: Feminino Fone: 89-99173-773 |
| Responsável: O MESMO | | CNS: 210017503160004 |
| Profissão: LAVRADORA | | Documento: Reg.Nasc: 0000 |
| G. Instrução: Não informado | | E.Civil: Casado(a) |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| Código: 749030 | Entrada: 29/10/2019 12:37:08 | Convênio: S U S | Proced: 0301060061 |
| Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | | | |
| Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR | | | |

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES | Classificação: Dor moderada | Cor: Amarelo |
| Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. REFERE DOR EM PE DIREITO. VEIO DE SANTA CRUZ DOS MILAGRES SEM ENCAMINHAMENTO MEDICO. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA. | | SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 29/10/2019 12:52:08 |

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

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

trauma pe.d
rx

Diagnóstico Inicial:**Exames Complementares:****Prescrição Médica:****Motivo da Alta/Encerramento:**

Internação nesta Unidade

DATA:**HORA:**

Assinatura Paciente ou Responsável

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
crm 3467 Em: 29/10/2019 12:54:11



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Fis N° _____

Pro. N° _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29/10/19

| | |
|---|--------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Franisco das Chagas R. de Sá</u> | PRONTUÁRIO N°: <u>527239</u> |
| DIAGNÓSTICO: <u>MT - GP. V MT (D)</u> | CIRURGIÃO: <u>Dr. J. M. C. F. R.</u> |
| ANESTESIA: <u>Raque</u> | N° DA SALA: <u>05</u> |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. J. M. C. F. R.</u> | CPF N° _____ |
| AUXILIAR: _____ | CPF N° _____ |
| ANESTESIA: <u>Dra. S. L.</u> | CPF N° _____ |
| INSTRUMENTADORA: <u>Salomé</u> | CPF N° _____ |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|--------------|---------------|--------------|--------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8 | UNID. | 02 | | LÂMINA DE BISTURI N.º 24 | UNID. | 01 | |
| AGULHA 30X8 | UNID. | 02 | | LUVA N° 7.5 | PAR | 03 | |
| AGULHA 40X12 | UNID. | 02 | | LUVA N° _____ | PAR | | |
| AGULHA RAQUE | UNID. | 01 | | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR | 12 | |
| ÁLCOOL 70% | ML | 50 | | PVPI DE GERMANTE | ML | 200 | |
| ALGODÃO | BOLA | | | PVPI TÓPICO | ML | 200 | |
| ÁGUA OXIGENADA | ML | | | PVPI TINTURA | ML | | |
| COMPRESSA | PAC. | 02 | | SERINGA 20CC | UNID. | 01 | |
| EQUIPO MACRO-GOTA | UNID. | 01 | | SERINGA 10CC | UNID. | 01 | |
| ESPARADRAPO | CM | 90 | | SERINGA 5CC | UNID. | 01 | |
| ESCALPE N° | UNID. | | | SERINGA 3CC | UNID. | 01 | |
| FORMOL | ML | | | SORO FISIOLÓGICO | FRASCO | 02 | |
| GASES | PAC. | 03 | | SONDA URETRAL | UNID. | | |
| JELCO N° 18 | UNID. | 01 | | Prepou 20u | UNID. | 02 | |
| FIOS | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA | | | |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG. | | | | | | | |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. | | | | | | | |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG. | | | | | | | |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG. | | | | | | | |
| ALCOFIL | | | | | | | |
| MONONYLON | 3.0 | 03 | | | | | |
| FITA UMBILICAL | | | | ENFERMARIA: <u>Relia</u> | | | |
| VICRYL | | | | CIRCULANTE: <u>Relia</u> | | | |
| PROLENO | | | | | | | |

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

F. da Chagas R. Silva

Diagnóstico pré-operatório

Am - 60 V MTT

Operação - Tipo

Lut - 60 V MTT

Cirurgião

LAO 750

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

29/10/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① MA ② ASSEPTA ③ LAUTOS
④ UNILERS CESSMA ⑤ RESISTO
⑥ FIOK ⑦ FURT ⑧
WMTL

CRM-PI 2660 SBO 10306
ANATOMIA E ORTOPIEDIA
Sob a supervisão de



SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: fc - La Chiqui Rf

MÉDICO SOLICITANTE: _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

CÓDIGO OPME: _____

JUSTIFICATIVA:

*Paciente com febre
prostatite*

*Carla de Fátima
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-PI 2660 SGT 10305*

Teresina, ____/____/____

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

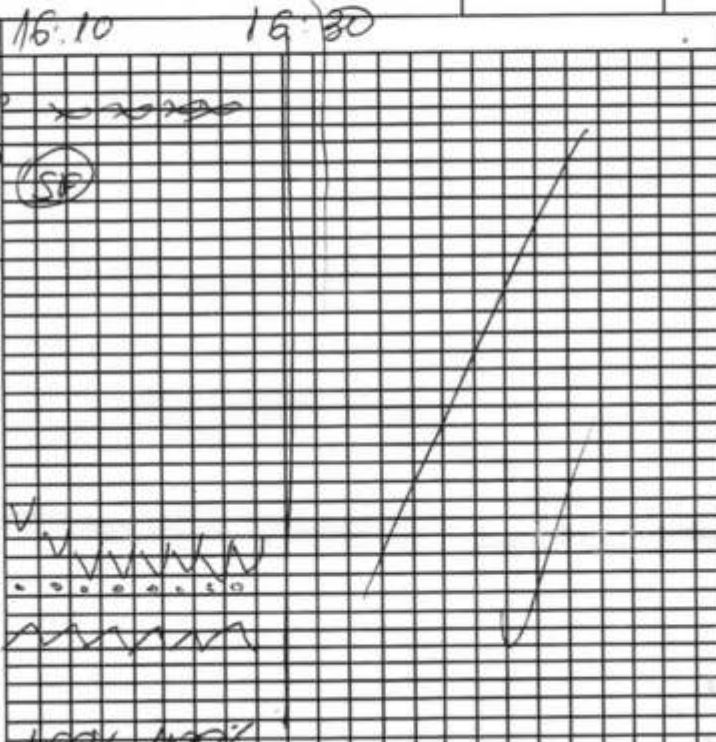

AUDITOR:

Teresina, ____/____/____

Assinatura do Médico Solicitante

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

| | | | | | | |
|---|--|---|----------------|-----------------------|------------------------------------|---------------------------|
| NOME DO PACIENTE <i>Francisca das Cruzes R. de Jesus</i> | | | | | Nº DE REGISTRO | |
| DATA: <i>29/10/19</i> | PARTERIAL: <i>120x70</i> | PULSO: <i>81</i> | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA |
| EXAMES DE SANGUE | GR. SANGÜINEO | HEMATIMETRIA | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS | GLICEMIA | DOS. URÉIA |
| EXAMES DE URINA <i>Nega albumin</i> | | | | | | |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>lupmeica</i> | | | | | | |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>normal, AS.</i> | | | | | ELETROCARDIOGRAMA | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>normal</i> | | | | | ASMA | BRONQUITE |
| SISTEMA DIGESTIVO <i>> 8h de jejum</i> | | | | SISTEMA URINÁRIO | | |
| ESTADO MENTAL <i>lúcida, vígil</i> | | | | CORTICOIDES | ATARAXICOS | OUTROS |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>fratura V metatarso</i> | | | | FÍSICOS <i>ASA I.</i> | | |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) | | | | APLICADO AS | EFEITOS | |
| | | <i>16:10</i> | | <i>16:30</i> | | TOTAL DE DOSES |
| AGENTES ANESTÉSICOS | OXIGÊNIO 1 24 min 2 3 |  | | | | 1 <i>Raqui</i> |
| LIQUIDOS | SO-UTO (500) SANGUE 300 OUTROS 100 | | | | | 2 <i>Dupinogelina</i> |
| TEMPERATURA T | C° 260 | | | | | 3 <i>parado 120g+</i> |
| P. ARTERIAL V O PULSO | 38 200 | | | | | 4 <i>morfina 80 mg</i> |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X | 140 | | | | | 5 <i>midazolam 2mg</i> |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO | 120 | | | | | 6 <i>cefaleta na 2g</i> |
| RESPIRAÇÃO O | 100 | | | | | 7 <i>Dipriva 2g</i> |
| | 80 | | | | | 8 <i>Nauregram 4mg</i> |
| | 60 | | | | | 9 <i>Talantil 20mg</i> |
| | 40 | | | | | 10 <i>Ranitidina 20mg</i> |
| SÍMBOLOS | | | | | SEQUÊNCIA | |
| TÉCNICAS <i>Sedação + Raquianestesia</i> | | | | | 1 <i>Check list</i> | |
| OPERAÇÕES | | | | | 2 <i>APA</i> | |
| CIRURGIÕES <i>Laudei</i> | | | | | 3 <i>monitorização</i> | |
| ANESTESISTAS <i>Djamile</i> | | | | | 4 <i>Raquianestesia</i> | |
| <i>Punção lombar - L4-L5, sentada, mediana, 26 G, punção única, injeção de 2ml de lidocaína</i> | | | | | 5 <i>DRPA</i> | |
| | | | | | 6 | |
| PARITICULARIDADES | | | | | 7 | |
| | | | | | 8 | |
| | | | | | 9 | |
| | | | | | 10 | |
| | | | | | 11 | |
| | | | | | 12 | |
| | | | | | 13 | |
| | | | | | 14 | |
| | | | | | 15 | |
| INCIDENTE - ACIDENTE | | | | | DURAÇÃO <i>20 min</i> | |
|  Djamile Brasileiro MÉDICA CRM - 5028 | | | | | CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS | |
| | | | | | | |



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

256766

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**250604****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA**

6 - Prontuário: 527239

7-CNS: 210017503160004

8-Nascimento: 19/12/1974

9-Sexo: **Feminino**Mãe: **ANTONIA RODRIGUES DE SENA**

12-Fone: 89-99173-773

13-Resp: **(O MESMO)**14-Cór: **Sem Informação**15-Ender: **FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - CEP: 64315-000**16-Munic: **SANTA CRUZ DOS MILAGRES**

17-Cod.IBGE: 220915

18-UF: **PI**

19-CEP: 64315-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

TRAUMA EM PÉ D

21 - Condições que justificam a internação:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de ossos do metatarso

24-CID Prim:

S923

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050462**TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS**

Tempo SUS

3

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02**01**

CPF

746.635.933

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

34-Data Solicitação:

29/10/2019

35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANTONIO EURIVAN)

Consulta Local: 749030

Consulta SUS:

Impressão: 29/10/2019 16:27:43

4. Maura da Silva Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA** (Prontuário:
Endereço: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI CEP: 64315-000
Nascimento: 19/12/1974 Idade: 44a10m11d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 749030
Requisição: 1018173 Solicitação: 29/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1347431 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 29/10/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na cabeça do 5º metatarso.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA** (Prontuário:
Endereço: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI CEP: 64315-000
Nascimento: 19/12/1974 Idade: 44a10m11d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 749030
Requisição: 1018173 Solicitação: 29/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1347431 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 29/10/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na cabeça do 5º metatarso.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Terena Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matricula: 059234
SANE - HUT
Conferido Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA** (Prontuário:
Endereço: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI CEP: 64315-000
Nascimento: 19/12/1974 Idade: 44a10m11d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 749030
Requisição: 1018173 Solicitação: 29/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1347432 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 29/10/2019

JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA** (Prontuário:
Endereço: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI CEP: 64315-000
Nascimento: 19/12/1974 Idade: 44a10m12d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 250604
Requisição: 1018328 Solicitação: 29/10/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1347683 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 238 LEITO 41

RELATÓRIO:

Cod. SIÁ: 0204060150

Data Exame: 29/10/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no 5º metatarso fixada com fio metálico.
- Aumento de volume de partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.656.455 DATA DE EMISSÃO 06.02.1996

FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

PLACAO Rêdlo da Cruz Rocha

Antonia Rodrigues de SENA

Alto Longá-PI. 19.12.1974

Nasc. 10.939 f16183 14v.23 A Exp. em

Alto Longá-PI. 22.11.95. Cart. 280110

CH

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Francisca das Chagas Rodrigues de SENA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Nº de Inscrição

794219543-00

Data do Nascimento

19/12/74

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013404485857
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 01159277963 R.N.T.R.C.: EXERCÍCIO: 2019

NOME

MARIA NUBIA ALMEIDA DA CONCEICAO

CPF / CNPJ

04804345302

PLACA

PIZ-2466

PLACA ANT. / UF

CHASSI

9C2KD0810JR042672

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA

COMBUSTÍVEL

ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB.

2018

ANO MOD.

2018

CAP / POT / CIL

02P/0162CC

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

I
P
V
A

1º IPVA

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

000,00

IOF (R\$)

000,00

PRÊMIO TOTAL (R\$)

000,00

DATA DE PAGAMENTO

24/06/2019

OBSERVAÇÕES

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON
DA NAO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA

UNIAO

LOCAL

15/07/2019

SELO DE REGISTRO DO REG. LOSSO
DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013404485857 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

15/07/2019

VIA

1

CPF / CNPJ

04804345302

PLACA

PIZ-2466

RENAVAM

01159277963

MARCA / MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB.

2018

CAT. TRF.

09

Nº CHASSI

9C2KD0810JR042672

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

004,58

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE EMISSÃO

24/06/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065098/20

Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE

CPF: 794.219.543-00

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 29/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCA DAS CHAGAS
RODRIGUES DE SENA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

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

FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA : 794.219.543-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200080528 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA **Data do acidente:** 29/10/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ DIREITO COM FRATURA DO 5º METATARSO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 % | Em grau residual - 10 % | 5% | R\$ 675,00 |
| Total | | | 5 % | R\$ 675,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200080528 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA **Data do acidente:** 29/10/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ DIREITO COM FRATURA DO 5º METATARSO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 % | Em grau residual - 10 % | 5% | R\$ 675,00 |
| Total | | | 5 % | R\$ 675,00 |

PROCURAÇÃO PARTICULAR

| | | | |
|---|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT) | | | |
| Nome: Francisca das Chagas Rodrigues De Sena | | | |
| Nacionalidade: Brasileira | | Estado Civil: Casada | Profissão: Recusou |
| RG: 1.656.455 | Org. emissor SSP/PI | D. Expedição 06/02/1996 | CPF: 794.219.543-00 |
| Endereço: Rua Projetada | | 56 | Bairro: Bairro do Campo |
| Cidade: Santa Cruz dos Milagres | | Estado: PI | CEP: 64315-000 |

| | | | |
|---|---------------------|-------------------------|---------------------|
| OUTORGADO: (Dados do procurador) | | | |
| Nome: José Ivan de Oliveira | | | |
| Nacionalidade: Brasileiro | | Estado Civil: Casado | Profissão: Recusou |
| RG: 36.100.495-3 | Org. emissor SSP-SP | D. Expedição 10/12/1998 | CPF: 411.758.243-72 |
| Endereço: Rua Antonino de Sousa Martins | | Nº 187 | Bairro: Vale Verde |
| Cidade: Valença | | Estado: PI | CEP: 64300-000 |

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima. **Francisca das Chagas Rodrigues De Sena**

Local / data: Santa Cruz dos Milagres do Piauí – PI, 07 de Fevereiro de 2020

x Francisca das Chagas Rodrigues de Sena

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



SEGUNDO CARTÓRIO REGISTRO CIVIL E NOTAS VALENÇA-PI
 Maria Cláudia Barbosa L. F. Chaves Escrivente
 CNPJ: 28.171.180/0001-70 - CNRG: 25202
 RUA JURETOS MARTINS, 346, CENTRO, CEP: 64200000, VALENÇA DO PIAUÍ-PI

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa
 Escrivente Autorizada

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE, VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 17/02/2020. Selo: AAT26769-VI9P
www.tjpi.jus.br/portalextra

Ana Cláudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa-ESCREVENTE
 Eml: 4,02 TJ: 0,80 FMNP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 5,18 - OP: 9
 REC. FIRMA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065098/20

Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE

CPF: 794.219.543-00

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 29/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCA DAS CHAGAS
RODRIGUES DE SENA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

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

FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA : 794.219.543-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080528

Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080528

Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

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

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 675,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000005813-0

Conta: 000001720-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 794.219.543-00 4 - Nome completo da vítima: Francisca Das Chagas Rodrigues De Sena

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

5 - Nome completo: Francisca Das Chagas Rodrigues De Sena 6 - CPF: 794.219.543-00
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua Projetada 9 - Número: 56 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bairro Do Campo 12 - Cidade: Santa Cruz Dos Milagres 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64315-000
15 - E-mail: jioivan6.ii@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (89)999260020

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA: 5813 0 CONTA: 1720 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Santa Cruz dos Milagres Piauí-PI, 17 de Fevereiro de 2020

+ Francisca das Chagas Rodrigues de Sena

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

João Juan de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PAULO J F CHAVES/SCOPUS

PAULO J F CHAVES - M

ROD PI 120

VALENTIN VAL DO PIAUI PI

V19.1 17/02/2020 09:00

TERM 000001 LOJA 000009213500001

AUTE 325502

DATA:17/02/2020 HORA DE BRASILIA:09:00

DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE

FAVORECIDO

BANCO : 237

AGENCIA : 05813 - VALENCA DO PIAUI

CONTA : 0000000001720-5

NOME : FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES

DEPOSITANTE : O PROPRIO

FAVORECIDO

VALOR EM DINHEIRO :

VALOR EM CHEQUE :

VALOR TOTAL :

AG. BRADESCO : 5813 - VALENCA DO PIAUI

CORRESP. BANC. : 116 - PAULO J F CHAVES

NSU : 004241670587 AUTENTICACAO : 725780

PAULO J F CHAVES ATUA COMO

CORRENDEPENDENTE BANCARIO DO BANCO

BRADESCO S/A.

CONSERVE ESTE RECIBO

OUVIDORIA BRADESCO

0800 727 9933

VIA DO CLIENTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122450.000004/2020-29

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUI

Resp. pelo Registro: Antonio Alcione Gonçalves De Moura

Data/Hora: 14/01/2020 - 11:10

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

578552

Data/Hora

7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUI

29/10/2019 - 07:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUI

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

VICINAL QUE AS CIDADES DE AROAZES E SANTA CRUZ DOS MILAGRES/PI, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

LOCALIDADE PAPAGAIO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ WILSON FERREIRA ARAUJO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1109325 SSP/PI

Mãe: RAIMUNDA FERREIRA DO NASCIMENTO

Pai: FRANCISCO ARAUJO NETO

Endereço: FAZENDA ABRÓLIOS, Nº

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: SANTA CRUZ DOS MILAGRES

Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 1656455 PI

Mãe: ANTONIA RODRIGUES DE SENA

Pai: EGÍDIO DA CRUZ ROCHA

Endereço: FAZENDA ABRÓLIOS, Nº

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: SANTA CRUZ DOS MILAGRES

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

| Marca: | Modelo: | Ano: | Placa: | Chassi: | Renavam: | Cor: |
|---|-------------------|------|---------|-------------------|-------------|----------|
| 1 - HONDA | NXR 160 BROS ESDD | 2018 | PIZ2466 | 9C2KD0810JR042672 | 01159277963 | Vermelha |
| Condutor: JOSÉ WILSON FERREIRA ARAUJO | | | | | | |
| End: FAZENDA ABROLHOS Número: Complemento: ZONA RURAL | | | | | | |
| Cidade: SANTA CRUZ DOS MILAGRES UF: PI Bairro: | | | | | | |
| Proprietário: MARIA NUBIA ALMEIDA DA CONCEIÇÃO | | | | | | |
| Cidade: UNIÃO UF: Bairro: | | | | | | |

RELATO DA OCORRÊNCIA

NOTICIA QUE NO DIA, HORA E LOCAL MENCIONADOS ACIMA, CONDUZIA A MOTO EM TELA, QUANDO NO CRUZAMENTO COM OUTRA MOTO NUM LOCAL DE CURVA, HOVE UMA COLISÃO COM ESTA; QUE NO IMPACTO, O NOTICIANTE E A GARUPA SUA ESPOSA FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA, FORAM LESIONADOS, TAIS QUE, O CONDUTOR TEVE TRAUMAS NO DEDO 3º DO PÉ DIREITO, E SUA ESPOSA NO DEDO 1º DO PÉ DIREITO, CONFORME LAUDOS MÉDICOS EM ANEXOS; QUE OS ATENDIMENTOS MÉDICOS FORAM REALIZADOS EM TERESINA, NO HOSPITAL HUT. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.



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

504 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122450.000004/2020-29

Antonio Alcione Gonçalves De Moura - Mat.
AGENTE DE POL

João Wilson Ferreira Araújo
JOSÉ WILSON FERREIRA ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Parafina
Luccy Keiko Leal Parafina
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.333-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 794.219.543-00 4 - Nome completo da vítima: Francisca Das Chagas Rodrigues De Sena

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

5 - Nome completo: Francisca Das Chagas Rodrigues De Sena 6 - CPF: 794.219.543-00
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua Projetada 9 - Número: 56 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bairro Do Campo 12 - Cidade: Santa Cruz Dos Milagres 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64315-000
15 - E-mail: jioivan6.ii@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (89)999260020

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA: 5813 0 CONTA: 1720 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Santa Cruz dos Milagres Piauí-PI, 17 de Fevereiro de 2020

+ Francisca das Chagas Rodrigues de Sena

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

João Juan de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

| | | | |
|--|-------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA | | Prontuário: 527239 | |
| Mãe: ANTONIA RODRIGUES DE SENA | | Pai: EGIDIO DA CRUZ ROCHA | |
| End.Resid.: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI - CEP: 64315-000 | | | |
| Nascimento: 19/12/1974 | Idade: 44a10m10d | Sexo: Feminino | Fone: 89-99173-773 |
| Responsável: O MESMO | | CNS: 210017503160004 | |
| Profissão: LAVRADORA | | Documento: Reg.Nasc: 0000 | |
| G. Instrução: Não informado | | E.Civil: Casado(a) | |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| Código: 749030 | Entrada: 29/10/2019 12:37:08 | Convênio: S U S | Proced: 0301060061 |
| Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | | | |
| Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR | | | |

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES | Classificação: Dor moderada | Cor: Amarelo |
| Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. REFERE DOR EM PE DIREITO. VEIO DE SANTA CRUZ DOS MILAGRES SEM ENCAMINHAMENTO MEDICO. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA. | | SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 29/10/2019 12:52:08 |

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

| | |
|--|-------------------------------|
| Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta: trauma pe.d ex <i>frat. col. xis s. pos</i> <i>to c c</i> | |
| Diagnóstico Inicial: ? | Exames Complementares: |
| Prescrição Médica: <i>Sfe. a 1.500ml. in. 1 hora</i> <i>to c c</i> | |
| Motivo da Alta/Encerramento: Internação nesta Unidade | |

Raul Ruben de Macedo Neto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 3449
TEOT 12594

Raul Ruben de Macedo Neto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 3449
TEOT 12594

RA X FEI IZADO
DATA 29/10/19 HORA
TÉCNICO: *SP*

Assinatura Paciente ou Responsável

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
crm 3467 Em: 29/10/2019 12:54:11

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05813-0

CONTA: 000000001720-5

Nr. Autenticação

BRADESCO040320200500000000002370581300000000172067500 PAGO



SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL DO PIAUÍ
IMÃO SIRINEU SOUSA LIMA Q.06 L.02 S/N - PARQUE INDUSTRIAL
PICOS - PI - CEP: 64.605-400
C.N.P.J.: 07.027.817/0001-00 - Fone: (89) 8817-8047

CONTA D'ÁGUA

FOLHA: 1/1

ASSOCIAÇÃO

ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA DOS MORADORES DE SANTA CRUZ

CNPJ

06.862.852/0001-74

INSCRIÇÃO

CLS TAR

ECONOMIAS

NF/CONTA

EMISSÃO

MES/FAT.

0004968.0

PAR R-1 RES

COM IND

PUB OUT

190151583

13/01/20

JAN/2020

JOSÉ WILSON FERREIRA ARAÚJO

BAIRRO DO CAMPO, SN-56

SANTA CRUZ DOS MILAG

SANTA CRUZ DOS MILAG

ENDEREÇO DE ENTREGA

PIAUI

CEP: 64.315-000

LOCALIZAÇÃO

13.23.23.0000000851

LOCALIZAÇÃO

| ÚLTIMOS CONSUMOS | | | | SERVIÇOS E TARIFAS | | | |
|------------------|-----|---------|--------|--------------------|---------------------------|--------|-------|
| MES | FAT | CONS. | OCO DC | COD | DESCRIÇÃO | PREST. | VALOR |
| JAN/20 | 08 | 000 030 | 8 | 001 | ÁGUA | | 3,45 |
| DEZ/19 | 13 | 000 031 | 13 | 026 | TAXA DE PERMANÊNCIA (SN') | | 5,75 |
| NOV/19 | 39 | 000 030 | 39 | 029 | OPERADOR | | 3,00 |
| OUT/19 | 40 | 000 031 | 40 | 030 | TAXA ADMINISTRATIVA | | 2,50 |
| SET/19 | 31 | 000 031 | 31 | 033 | ENERGIA | | 2,67 |
| AGO/19 | 16 | 000 030 | 16 | | | | |
| MÉDIA: 00024 | | | | | | | |

| HIDROMETRIA | | | | | | | |
|-------------|------------|------------|-------------|---|-------------|----------------------|-----------------|
| HIDRÔMETRO | INSTALAÇÃO | LEIT. ANT. | DT. LEITURA | LEIT. ATUAL | DT. LEITURA | CONSUMO DIAS/CONSUMO | OCO. LEITURISTA |
| A12F162142 | **/**/** | 00760 | 15/11/19 | 00768 | 15/12/19 | 00008 | 30-000 |
| OBSERVAÇÕES | | | | PARAMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA | | | |
| | | | | Portaria 2.814 de 12/12/2011 - Valores mínimos permitidos | | | |
| | | | | Período: | | | |
| | | | | Reservatório: | Cor | pH | Cloro |
| | | | | Parâmetros | até 15LH | 6,0 a 9,5 | até 5,0 mg/l |
| | | | | Padrão | | | até 5,0 mg/l |
| | | | | Obtidos | | | |
| | | | | Cloro Análise | | | |
| MENSAGENS | | | | | | | |

2ª Via da Conta Mensal

MULTA 2% 0,35 ENCARGOS DIÁRIOS ** *** ** MESES EM DÉBITO
EXISTE(M) 001 FATURA(S), TOTALIZANDO EM R\$ 29,64

VENCIMENTO 15/01/2020 VALOR R\$ 17,37

CONSUMIDOR

SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL DO PIAUÍ

NOME: JOSÉ WILSON FERREIRA ARAÚJO

LOCALIZAÇÃO:

END: BAIRRO DO CAMPO, SN-56 - SANTA CRUZ DOS MILAG

13.23.23.0000000851

INSCRIÇÃO

MES FAT:

NF/CONTA

VENCIMENTO

VALOR

0004968.0

JAN/2020

190151583

15/01/2020

17,37

0004968.01.20.190151583

82690000000.9 17371338000.9 49680120190.6 15158300002.2

SISAR/PI

NÃO RASURE

AUTENTICAÇÃO NO VERSO



Fatura Mensal

| MATRICULA 1735348-3 | | Hidrómetro A18N078052 | | Referência NOV/2019 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------|--|---------|--|---------|-------|-----------------|-------------|------|---|-------|------------------------------|---|------|-----------------------|----|------|-----------------------|-------|------|---|---|-------|----|---|---|-------|----|---|---|-------|----|---|---|--|--|--|
| Nome/Razão Social/Endereço JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 64300000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AG= 67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Situação 3/1 | Res. 1 | Categorias de Uso Com. Ind. Pub. | | Inscrição 113 2 07 0573 0171-000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Período de Consumo 14/10/2019 | | Período de Consumo 13/11/2019 | | Período de Consumo 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Histórico de Consumo <table border="1"> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Letras</th> <th>Consumo</th> <th>Quat.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>05/19</td><td>15</td><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>06/19</td><td>17</td><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>07/19</td><td>19</td><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>08/19</td><td>23</td><td>4</td><td>0</td></tr> <tr><td>09/19</td><td>26</td><td>3</td><td>0</td></tr> <tr><td>10/19</td><td>30</td><td>4</td><td>0</td></tr> <tr><td>11/19</td><td>34</td><td>4</td><td>0</td></tr> </tbody> </table> | | | Período | Letras | Consumo | Quat. | 05/19 | 15 | 2 | 0 | 06/19 | 17 | 2 | 0 | 07/19 | 19 | 2 | 0 | 08/19 | 23 | 4 | 0 | 09/19 | 26 | 3 | 0 | 10/19 | 30 | 4 | 0 | 11/19 | 34 | 4 | 0 | Forma de Faturamento FATURADO P/ MINIO DA LIGACAO Cód. Responsável 916181/90 Código da Tarifa 01 Consumo Médio 2 Consumo Faturado 4 Consumo Faturado 10 | | |
| Período | Letras | Consumo | Quat. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05/19 | 15 | 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06/19 | 17 | 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07/19 | 19 | 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08/19 | 23 | 4 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09/19 | 26 | 3 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10/19 | 30 | 4 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11/19 | 34 | 4 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIÇÃO DA FATURA <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cód.</th> <th>Nome do Serviço</th> <th>Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AGUA</td><td></td><td>31,37</td></tr> <tr><td>MULTA IMPONTUALIDADE 001/001</td><td></td><td>1,33</td></tr> <tr><td>JUROS DE MORA 001/001</td><td></td><td>1,00</td></tr> <tr><td>MANUTENCAO HIDROMETRO</td><td></td><td>1,60</td></tr> </tbody> </table> | | | | | | Cód. | Nome do Serviço | Valor (R\$) | AGUA | | 31,37 | MULTA IMPONTUALIDADE 001/001 | | 1,33 | JUROS DE MORA 001/001 | | 1,00 | MANUTENCAO HIDROMETRO | | 1,60 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cód. | Nome do Serviço | Valor (R\$) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGUA | | 31,37 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MULTA IMPONTUALIDADE 001/001 | | 1,33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JUROS DE MORA 001/001 | | 1,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MANUTENCAO HIDROMETRO | | 1,60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VENCIMENTO 21/11/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 35,30
 PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANCA DE MULTA/JUROS MORA
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2884/2013/MN

| Parâmetros | Turbidez | Cor | Cloro | pH | Ferro | Cálcio | Escherichia Coli |
|----------------------------------|---|------|-------|-----------|-------|--------|------------------|
| Valor Máximo Permitido | 5,0 | 15 | 0,5 | 6,5 a 8,5 | 0,3 | Acute | Acute |
| Nº Mínimo de Amostras Exigidas | | | | | | | |
| Nº Amostras Realizadas | | | | | | | |
| Nº Amostra que Atende Legislação | | | | | | | |
| Valor Médio | 0,70 | 1,40 | 7,13 | 0,00 | 0,00 | | |
| Conclusão | PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE. | | | | | | |

Mensagens
 A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA
 ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIAS SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.
 EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES
 PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

| | |
|--|-------------------------------|
| Inscrição 113 2 07 0573 0171-000 | AG= 67 |
| Matrícula 1735348-3 | Referência NOV/2019 |

VENCIMENTO

21/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

35,30

5.7010000000-7 35300001821-1 73534831120-1 19000000001-7



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF 411 758 243 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES SENA inscrito (a) no CPF sob o N° 794.219.543 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES SENA inscrito (a) no CPF sob o N° 794.219.543 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|--|--------------------------|--|--|
| Endereço <u>RUA ANTONINO DE SOUZA MARTINS</u> | | Número <u>187</u> | Complemento <u>CASA</u> |
| Bairro <u>VALE VENDE</u> | Cidade <u>VALENCA</u> | Estado <u>PI</u> | CEP <u>64300-000</u> |
| Email <u>lidivan6.li@gmail.com</u> | | Telefone comercial(DDD) <u>(89) 994122906</u> | Telefone celular (DDD) <u>999260020</u> |

Valença-PI, 17 de Fevereiro de 2020
Local e Data

Jose Ivan De Oliveira
Assinatura do Declarante