

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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, a être da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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 Maria da Cruz, SILVA, ALCÂNTARA PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.561.143-39, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO ROBSON Rodrigues da SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.563.203-22, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCO ROBSON Rodrigues da SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.563.203-22, 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 Lider-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		Número	Complemento
RUA ZACARIAS SILVA A - SILVA		250	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
VALENCINHA	VALENCIA	PIAUI	64300-000
Email	Telefone comercial (DDO)	Telefone celular (DDD)	

VALENCIA-PI 2 de JANEIRO de 2019
Local e Data

UJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 JAN 2019

X Maria da Cruz das Silva Alcantara Pereira.
Assinatura do Declarante

AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENCA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
INSTITUTO REGIONAL
ESTÁQUIO PORTELA
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369
HREP - HOSPITAL REGIONAL ESTÁQUIO PORTELA

Atendimento: PÚBLICO
Data: 08/05/2017
Funcionário: DANRLEY
Senha: 30

Registado: 01/05/2017
Hora: 11:36:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

Nasc.: 09/05/1991 Idade: 25 ANOS, 11 MESES, 30 Profissão:

End.: PROJETADA 3, 250 -

Bairro: VALENCINHA

Cidade: VALENCA DO PIAUÍ/PI

Cor: SEM

Telefone: () -

Mãe: LUISA MARIA DA SILVA SANTOS

Pai: FRANCISCO PAULO RODRIGUES

CPF: 055.563.203-22 - RG: 3291166 - SUS:

Civil:

CEP: 64300-000

Clinica: CLINICA GERAL Documento: 4/10 - SAMUEL G. DANTAS ARRAES

Responsável: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA O MESMO Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 0

Procedimentos

08/05/2017 11:36 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICOS)

08/05/2017 11:38 0301060037 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal:

*Fracura com escoriação superfici
al com USD e MIE e deslocamento com
possível deslocamento de fratura
(CSC).*

Diagnóstico provável:

*Absscessus Abscessus local
Centifissipus Sutura
Centifissipus local*

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Solicito Ráio X perna (E)

*PJ CORRETORA
DE SEGUROS*

28 NOV 2018

DPVAT

*Samuel G. DANTAS ARRAES
HREP - Hospital Regional Estácio Portela*

Francisco Robson Rodrigues da Silva

Responsável: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

4/10 SAMUEL G. DANTAS ARRAES

FORMULARIO DE REGULAÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME Francisco Robson Rodrigues da Silva
DN 07/05/91 - IDADE 25 Anos - RG 3.294.166

NOME DA MÃE _____

ENDERECO _____

CIDADE DE ORIGEM Valença

RESPONSÁVEL _____

II - DADOS DO ENCAMINHAMENTO

CONDIÇÕES DO PACIENTE

FE

DIAGNOSTICO

Fratura aberta (desalinhada)

EXAMES REALIZADOS

Francos X

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

28 NOV 2010

TRATAMENTO REALIZADO

Analgesia Analgésica DEXAT

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Consulta especializada

LEONEL VASCONCELOS - 1º FASE
Centro de Medicina Tópica - do HPM - IP
RG: 165133132-2 MAC 34405-0

III - DADOS DA REGULAÇÃO/ENCAMINHAMENTO

IV - ASSINATURA DOS PROFISSIONAIS

SENHA: 2017 0508 47.732

DATA DA SENHA: 12/05/17

HOSPITAL: HPM

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

MOTORISTA: _____

ASSINATURA (A)

Spedid. Doutor
Medico
Médico
Médico
Médico

Senha 30

SUS

CPF: 055.563.203-22 - RG: 3291166 - SUS:

Civil:

CEP: 64300-000

FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

nascimento: 09/05/1991 Idade: 25 ANOS, 11 MESES, 30 Profissão:

1.: PRÓJETADA 3, 250

Bairro: VAI FNCINHA

Cidade: VALENCA DO PIAUÍ/PI

GE: 2214308 Cor: SEM

Mãe: LUISA MARIA DA SILVA SANTOS

Pai: FRANCISCO PAULO RODRIGUES

Unidade: CLINICA GERAL Documento: 4710 - EMANUELA B. ARAUJO

Responsável: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA - O MESMO 462429

Procedimentos

08/05/2017 11:36 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento:

QUEIXA/HISTÓRIA

TRAUMA

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 bpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

Nuga Alergia Medicamentosa

MEDICAÇÃO USUAL

CONDUTA

ENC CLINICO GERAL



EMANUELA B. ARAUJO
CORRETORA DE SEGUROS
28 NOV 2018
DPVAT



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 51647

PACIENTE: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

NOME DA MÃE: LUISA MARIA DA SILVA SANTOS

DATA DO NASCIMENTO: 09/05/1991

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 15/05/2017

DATA DO LAUDO: 25/05/2017

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA Perna Esquerda em Duas Incidências

Fratura completa, oblíqua, localizada na região metadiáfisária proximal da fibula, associada à aumento do volume e densidade das partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura completa, oblíqua, localizada na região metadiáfisária proximal da fibula, associada à aumento do volume e densidade das partes moles adjacentes.




Dr. Liege Ribeiro Soares de Sampaio
CRM-PI 4173
LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: _____
Nº DO PRONTUÁRIO: _____
SALA: _____
CÓD. DA CIRURGIA: _____

Descrição da Cirurgia:

Fixa D.O.
Friso menisco
do joelho fêmur
em flexão 90°
Oeste M 90°



Edmar de Sousa Lima Júnior
Ortopedia/Traumatologia
CRM-2313

Luis Henrique Alves Andrade, 261 Tér.
Chefe do Arquivo Técnico do HPM/PI
RG: 105.981.93-1 / MGL 14495-9

Cirurgia:

Artroscopia joelho D.O. 90°

Cirurgião:

Edmar

1º Auxiliar:

Edmar de Sousa Lima Júnior
Ortopedia/Traumatologia

CRM-2313

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

24/09/06/92



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 17/03/11
Nº DO PRONTUÁRIO: 24574-SALA 61
CÓD. DA CIRURGIA: 00081526

NAME: Francisco Robson Rodrigues da Silva Idade: 26 Sexo: M ASA: 1
PROCEDIMENTO: Ressecção Tumoral Ano: 04/08/05/08 Art/Enf e Letar: 204-63
CIRURGIA: Petermer AUX: ANEST: ANESTESIA:
INSTR.: CIRCO: INÍCIO: FIM: SALA: 61
P.A.: F.C.: PESO: Ht: Glicemia: Crocina: Resp:

AUXILIAR RESPIRATÓRIO	OXIGENIO		SALVAGEM
	1	2	
	3	4	



Técnica Anestésica:

local - A pelo urinário

Comentários Adicionais

MONITORAÇÃO	ECG			Nº oxímetro		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxímetro	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Debito	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1
ICCO	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1
A. Estilo	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1

Medicamentos Utilizados

Adrenalin	Amp	Bolamina	Amp	Midazolam	Fr	Propofol	60	Amp
Aqua dest. 10ml	Amp	Broprofeol	Amp	Melmitimidazol	Fr	Reserpina	---	Amp
Alroprax	Amp	Efuralil	Amp	Neocalma Psa 0,5%	Amp	Quinidina	---	Amp
Bextra	Amp	Efrédin	Amp	Narcac	Amp	Quiglén 5%	---	mi
Bromopropida	Amp	Enflurano	ml	Novacupol 0,5%	Fr	Remifentanil	---	Fr
Cefazolino 1g	Fr	Fentanil	ml	Nubain	Amp	Ringer-Lactato	---	Fr
Cefalotina	Fr	Fentanil (S/C)	Amp	Neocalma 5% V	Fr	S. Fluideg. 0,9%	ml	Fr
Citroxiloxadina	Fr	Haloteno	ml	Neocalma 0,5% i.v.	Amp	S. Encéfalico 5%	ml	Fr
Clonidina	Amp	Hidrocortisona	ml	Neofenamina	Amp	Scopolina	---	ml
oxíde (1)	Fr	Isoflurano	ml	Omeprazol	Fr	Tropon	---	ml
Dekanatazona	Amp	Jelco n°	Und	Ondansetron	Amp	Tramf	---	ml
Biazepam	Amp	Lidocaina 2% SV	ml	Poliso Cel	Fr	Tropontil	---	ml
Dinorf	mg	Metaclopramida	Amp	Paracurônico	Amp			
Dizamina	Amp	Manitol	Fr	Profenid	Fr			

Anestesiista-C.R.R.

Paulo Henrique R. Vasconcelos
MÉDICO
CRM-PI 4014



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	FICHA DE PRONTUÁRIO		
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA Pront.: 245446		
IDEI OUTROS HOSPITAIS	Nasc.: 08/05/1991 Sexo: M Convênio: SUS - INTERNACAO		
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Atendimento: 346422	Enfermaria: POSTO II	ENF 204 LEITO Leito: 204
CLÍNICA	Pai:		
Médico Assistente	Mae: LUISA MARIA DA SILVA SANTOS		
Permanência	RG: 3291166		
CLÍNICA	Residência:		
	RUA ZACARIAS ALVES DA SILVA Nr.: 250 Cep: 64300000	Bairro: VALENCINHA	Cidade: VALENCA DO PIAUÍ
		Telefone: 89 - 999044312	

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Francisco Robson Rodrigues da Silva
PJ CORRETORA
DE SEGUROS
18 NOV 2010

DIAGNÓSTICO

Provisório:	<i>Francisco Robson Rodrigues da Silva</i>		PPVA
Principal:	1	2	CID 4836
Procedimento:	<i>check in na enfermaria</i>		
Sintomas e Sinais Principais	<i>check in na enfermaria</i>		Causa Médica
	<i>check in na enfermaria</i>		Luis Henrique da Silva Cachorro Quente Técnic. do FPM RG: 165190 02/10/14486-9
	<i>check in na enfermaria</i>		Histo - Patológico

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirúrgico	<i>check in na enfermaria</i>		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirúrgico

DURAÇÃO

Data/Hora da Internação: 13/05/2017 11:06:53 Data da Alta: 17/05/2017 Data da Hospitalização: / /

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
<input checked="" type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório	<input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input checked="" type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas da Internação		

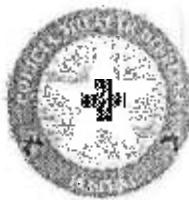
THE 140517

Assinatura: _____

Francisco Robson Rodrigues da Silva



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



28 NOV 2018
CORRETORA
DE SEGUROS

Confere com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fé.

Em, 28/11/2018

Setor do Arquivo Técnico do HPMPI

Luis Henrique Vasconcelos dos Santos 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPI
RG: 105196193-2 Mat. 14493-9

NOME DO PACIENTE: Francisco Lúcio de Souza

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 245446/17

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPI
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado



REGISTRO
GERAL
NOME
MARIA DA CRUZ SILVA ALCÂNTARA PEREIRA
FILIAÇÃO

3.767.408

DATA DE
EXPEDIÇÃO

11/07/12

MARIA JOSÉ DA SILVA ALCÂNTARA
FRANCISCO DIAS PEREIRA

NATURALIDADE

AROEAS-PI

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 10042 L A15/F 093V
EXP AROAZES-PI 08/08/07

CPF

TERESINA - PI

064.561.143-30

ASSINATURA DO DOCUMENTO

LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 69.250/83

INTERPOL ITA

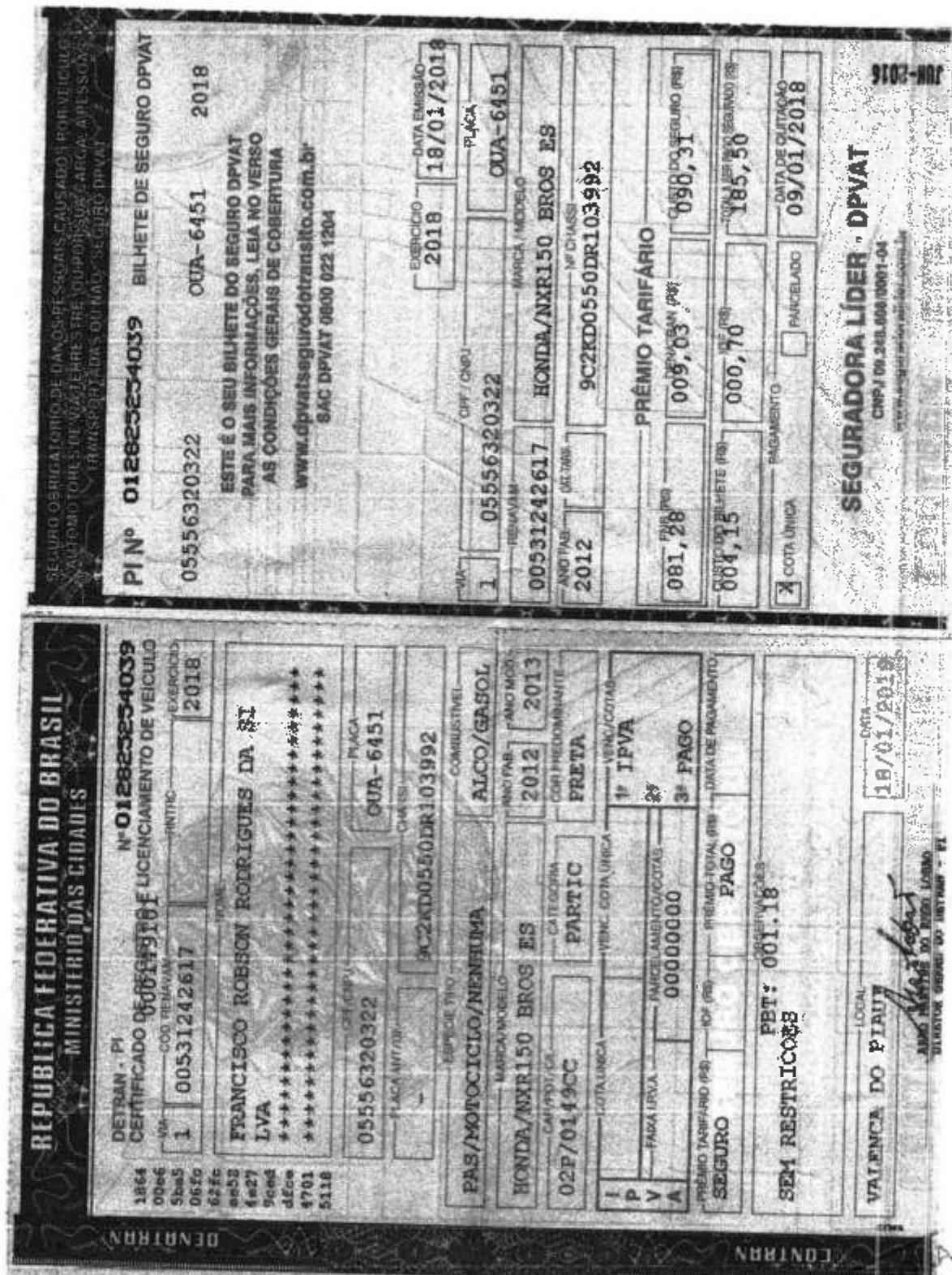
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Maria da Cruz da Silva Alcântara Pereira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INTERPOL ITA



PJ CORR
DE SEGUROS

29 NOV 2016

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180560422 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES **Data do acidente:** 08/05/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul
DA SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(REDUÇÃO INCRUENTA).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

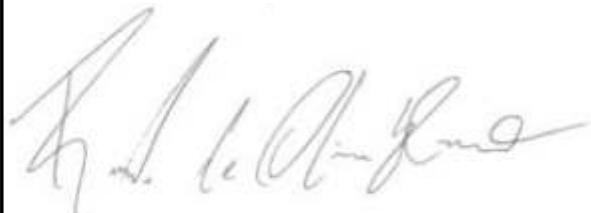
Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180560422 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES **Data do acidente:** 08/05/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul
DA SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(REDUÇÃO INCRUENTA).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: <u>Francisco Robson Rodrigues da silva</u>			
Nacionalidade: <u>BRAZIL</u>	Estado Civil: <u>CASADO</u>	Profissão: <u>Ru Rof</u>	
RG: <u>3291-166</u>	Org. emissor <u>SSP-PI</u>	D. Expedição <u>12/02/09</u>	CPF: <u>055 563 23-22</u>
Endereço: <u>Rua ZACARIAS ALVES SILVA</u>	Nº <u>250</u>		Bairro: <u>VALENCINHA</u>
Cidade: <u>VALENCA</u>	Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64300-000</u>	

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: <u>Maria da Cruz Silva Alcantara Pereira</u>			
Nacionalidade: <u>BRAZIL</u>	Estado Civil: <u>CASADO</u>	Profissão: <u>Ru Rof</u>	
RG: <u>3767 408</u>	Org. emissor <u>SSP-PI</u>	D. Expedição <u>11/07/02</u>	CPF: <u>064 561 143-30</u>
Endereço: <u>Rua ZACARIAS ALVES SILVA</u>	Nº <u>250</u>		Bairro: <u>VALENCINHA</u>
Cidade: <u>VALENCA</u>	Estado: <u>PIAUÍ</u>	CEP: <u>064 561 143-30</u>	

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 Francisco Robson Rodrigues da Silva

Acidente ocorrido em: 08/05/17

Local / data: VALENCA-PI 24/7/2018



Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Projetos e Anexos - Valencinha do Piauí / PI

Rua Eupides Matos, 360 - Centro - Valencinha do Piauí/PI - CEP: 64300-000 - Fone: (89) 3465-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DE SILVA / RG: 3291-166 / TEST. Francisco Maria Moraes de Roma / VERDADE / VALENCA-PI / PIAUÍ-PI 12/12/2018 / END: Rua ZACARIAS ALVES SILVA, 250 / Bairro: VALENCINHA / Cidade: VALENCA-PI / CEP: 643008 (F160P88)

Francisco Maria Moraes de Roma
Francisco Maria Moraes de Roma - ESCREVENTE

Francisco Maria Moraes de Roma
Escrevente Autorizada



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0430605/18

Número do Sinistro: 3180560422

Vítima: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SIL

CPF: 055.563.203-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/05/2017

Titular do CPF: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS ENTREGUES

MARIA DA CRUZ DA SILVA ALCANTARA PEREIRA : 064.561.143-30

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA : 055.563.203-22

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 10/01/2019

Nome: MARIA DA CRUZ DA SILVA ALCANTARA PEREIRA

CPF: 064.561.143-30

Data do cadastramento: 10/01/2019

Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

CPF: 059.344.647-01

MARIA DA CRUZ DA SILVA ALCANTARA PEREIRA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0430605/18

Vítima: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

CPF: 055.563.203-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/05/2017

Titular do CPF: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA : 055.563.203-22

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: 28/11/2018
Nome: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA
CPF: 055.563.203-22

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180560422

Vítima: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 08/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

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

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180560422

Vítima: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 08/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180560422**.

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



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

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180560422

Vítima: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 08/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DA CRUZ DA SILVA ALCANTARA PEREIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

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



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 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 Busto ou ASL

CPF da Vítima

055-563-203-22

Nome completo da vítima

Françisco Robson Rodrigues da Silva

DADOS DO REDEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

Endereço

RUA ZACARIA ALVES 1 - SILVA

Bairro

VALENCINHA

Cidade

VALENCIA

CPF/titular da conta

055-563-203-22

Profissão

Rua Paul

Número

250-746

Complemento

CAJA

Estado

Piñuí

CEP

Telefone (DDD)

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

PESO INFORMAR

R\$ 1.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

COOP. FEDERATIVA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

Agência

DV

CONTA NRO.

DV

3809

12539

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

NRO.

DV

CONTA

NRO.

DV

(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 este crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

VALÉNCIA - PI, 28 de Novembro de 2011

Local e Data

PJ CORREIA
DE SEGUROS

28 NOV 2011

DPVAT

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

CPF da Vítima

055-563-203-22

Nome completo da vítima

Francisco Robson Rodrigues da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA	CPF titular da conta 055-563-203-22	Profissão Rural
Endereço RUA ZACARIAS ALVES SILVA	Número 250	Complemento CASA
Bairro VALENCIINHA	Cidade VALENÇA	Estado PIAUI
Email	CEP 64300-000	Telefone (DDD) 09-99999-4396

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. DIV. CONTA NRO. DIV.
 3887 013 009980 9
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. DIV. CONTA NRO. DIV.
 _____ 00000000 00000000
 (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 Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência. **Francisco Robson Rodrigues da Silva**
 Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

DPVAT
 DE SEGUROS

VALENÇA, PI, 2 de JANEIRO de 2019

Local e Data

10 JAN 2019



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000584/2018-21

Unidade de Registro: DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Pablo Roberto Rocha Nunes

Data/Hora: 12/07/2018 - 20:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

AVENIDA STANLEY FORTES BATISTA, Nº:

Complemento

BAIRRO VALE VERDE

Data/Hora

08/05/2017 - 11:30

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

PRÓXIMO À PRAÇA GUTEMBERG GOMES MACIE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

RG: 3291166 SSP PI

Mãe: LUISA MARIA DA SILVA SANTOS

Pai: FRANCISCO PAULO RODRIGUES

Endereço: RUA ZACARIAS ALVES, Nº 250

Bairro: VALENCINHA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-9947-9822

3º CORRETORA
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA NXR150 BROS ES

Ano: Placa: Chassi:

2013 OUA6451 9C2KD05500R103892

Renavam: Cor:

00531242617 Preta

Condutor: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

RG: 3291166 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA ZACARIAS ALVES Número: 250 Complemento:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: VALENCINHA

Proprietário: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

End: RUA ZACARIAS ALVES Número: 250

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: Bairro: VALENCINHA

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para comunicar: QUE, no dia e horário acima indicados, deslocava-se para a sua residência conduzindo a motocicleta acima descrita; QUE, quando transitava pela Avenida Stanley Fortes Batista um motoqueiro, que vinha de uma rua transversal, entrou na frente do noticiante; QUE desviou de referido motoqueiro para evitar uma colisão, mas acabou por tocar no canteiro central da via, perdeu o controle do seu veículo e caiu no solo; QUE foi socorrido por populares e levado para o Hospital Regional Eustáquio Portela, neste município; QUE de acordo com laudos médicos, sofreu fratura na perna esquerda e escoriações pelo corpo. Era o que tinha a noticiar.

Pablo Roberto Rocha Nunes - Mat. 2014595
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Robson Rodrigues da Silva
FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação



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

1244 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000584/2018-21

Delegado de Polícia



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	CPF da Vítima	Data do Acidente
FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA	055-563-203-22	08-05-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Francisco Robson Rodrigues da Silva	055.563.203-22
Email	Telefone (DDD)
francisrobsr@bol.com.br	(11) 99999-9999

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:

Assinatar 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 ao 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 Lider 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.

Valença-RJ, 28 de Novembro de 2018

Local e Data

Francisco Robson Rodrigues da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
28 NOV 2018
DPVAT

FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA
Nasc.: 09/05/1991 Idade: 25 ANOS, 11 MESES, 30 Profissão:
End.: PROJETADA 3, 250 - Bairro: VALENCIA
Cidade: CEMPIRE Telefone: (61) 98888-1234 Móvel: 41010-1234

CPF: 055.563.203-22 - RG: 3291166 - SUS:

Senha

Registers: 1
Hora: 11:36:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Clinica: CLINICA GERAL Documento: 4/10 - SAMUEL G DANTAS ARRAES
Responsavel: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA - O MESMO Temp.: 0°C

Peso: 0Kg P.A.: 0

RESUME

Teletone:

Documento: 4/10 · SAMUEL G. DANTAS ARRAES

CEP:64300-000

Procedimentos

08/05/2017 11:36 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICOS)
08/05/2017 11:38 0301060037 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente X - Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal:

Facultad de Ciencias
de la UMS (MIE) y la
UIC (CSC) por accidente de tránsito.

Diagnóstico provável:

Abies *Americana* locf
Abies *Americana* *lutea* locf

Procedimientos/exámenes realizados:

Ass. Técnico

~~Splice Raw X perve (E)~~

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

18 Nov 2010

DP VAT

Samuel L. Cushing Ames
1874-1947

→ Business Retten Politik verhindern

Responsável: FRANCISCO RUBSON LOPES JUNIOR (04)

0210 SAMUEL G. DANIAS ARRAES

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0225799-8

CPVAPARULHA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Deodoro 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64027-000 CNPJ: 19.301.383-5
Prest. Faz.: Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Permit. de Imprensa: Imprensa autorizada pelo SFE/2.00/98

Nº da Nota Fiscal 002481620

tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de outubro de 2002

DATA MÊS	DATA VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2018	05/03/2018	87	47,08

LUISA MARIA DA SILVA SANTOS
R. ZACARIAS ALVES A SILVA 250 746 VALENCINHA
CPF: 00051690497300
CEP: 64.300-000 - VALENCA DO PIAUÍ

ROT: 242.750.18.08.496600

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Anterior:	23763	Anterior:	27/02/2018
Atual:	23676	Anterior:	26/01/2018
Constante de Multiplicador:	1.000	Próxima Leitura:	27/03/2018
Consumo Médio:	87	Emissor:	22/02/2018
Endereço Faturado:	87	Apresentação:	27/02/2018

TIPO DE LEITURA: NORMAL

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe Multímetro	Unidade	Número Medidor	Posto	Código Est.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONITOR	0000000000000000	1	1.4.1.1	92

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês de Consumo		CONSUMO	30 A R\$ 0,251714 = 7,55
JAN/18	88	57 A R\$ 0,451523 =	24,59
DEZ/17	100	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)	7,20
NOV/17	118	DIFERENÇA DE TARIFA	31,68
OUT/17	95	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	23,94-
SET/17	82		
AGO/17	97		
JUL/17	84		
JUN/17	118		
MAI/17	91		
ABR/17	77		
TANTO DIA TRIBUTOS:			
30 A 88 = 0,198129			
31 A 87 = 0,025936			

AVISOS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA - GOVERNO FEDERAL
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA - GOVERNO FEDERAL
LIGUE 0800 086-0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15 10:15 20 25
Parabéns! Até o dia 22/02/2018, não constatamos irregularidades
nessa Unidade Consumidora.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

18 NOV 2018

DPVAT

RESERVADO AO FISCO 9361.1063.BEC6.FCD7.7466.4676.0A8C.8806

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	15,77	Base de Cálculo:	63,82
Energia:	26,16	Alíquota ICMS:	20,00%
Encargos:	4,11	Valor do ICMS:	12,76
Encargos:	4,17	Valor do PIS:	0,51
Impostos:	15,61	Valor do COFINS:	2,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE

6,47 12,94 25,89 3,61 7,22 14,45 3,80
0,00 0,00 0,00

NOVO DIRET

12/2017

14,73

RQT: 242.750.18.08.496600



Para contábil com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0225799-8

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 00.000.000/0001-49 | Insc. Estadual: 19.001.349-4
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial da Inflação autorizado pelo MCT/2009

Nº da Nota Fiscal

014236990

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.435 de 25 de abril de 2002.

CONTA MÊS: NOVEMBRO/2018 VENCIMENTO: 04-12-2018 CONSUMO (WAT): 198 TOTAL A PAGAR (R\$): 71,13

LUISA MARIA DA SILVA SANTOS
R. ZACARIAS ALVES A SILVA 250 746 VALENCINHA
CPF: 00051690497300
CEP: 64.300-000 - VALENCA DO PIAUÍ

DADOS DA LEITURA:		DATAS DA LEITURA:	
Atual:	413	Atual:	28/11/2018
Anterior:	1.000	Anterior:	26-10-2018
Constante de Multiplicador:	108	Próxima Leitura:	26-12-2018
Correção Medida:	108	Emissor:	28-11-2018
Correção Faturador:	FCAM	Apresentação:	

NORMAL

33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Unidade Consumidora	Unidade	Número Medidor	Porto	Edição Faz.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL MONO	MONO	A21242607			65

CONSUMO DA UNIDADE		DIFERENÇA DA CONTA	
OUT/18	0,00	70 A R\$ 0,474508 =	8,23
SET/18	105	70 A R\$ 0,470601 =	32,94
AGO/18	99	8 A R\$ 0,705894 =	5,64
JUL/18	74	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	13,00
JUN/18	31	DIFERENÇA DE TARIFA	39,54
MAR/18	77	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	28,22
ABR/18	75	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,49
MAR/18	81	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,45
FEV/18	87		
JAN/18	88		
TARIFA SEM DESCONTO:			
31 A 70 - 0,474508			
31 A 105 - 0,335559			
31 A 108 - 0,503515			

89 - 999.29.4396

LEIAZ 0000 0000 0000 0000 - PRAZO: VENCIMENTO: 13/12/2018
Parabéns! Até o dia 26-11-2018, não constatamos futuros vencidos
nessa Unidade Consumidora.

3834.0045.03AD.990A.3897.E161.2291.0081
RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	33,44	Base de Cálculo:	80,35
Energia:	5,26	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	5,32	Valor do ICMS:	18,99
Encargos:	24,74	Valor do PIS:	1,02
Tributos:		Valor do COFINS:	4,73

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,27 14,53 29,06 3,68 7,35 14,70 4,14
0,00 0,00 0,00

NOVAMENTE

J CORRETORA
DE SEGUROS

10 JAN 2019

DPVAT



Para contábil com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0225799-8

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 00.000.000/0001-49 | Insc. Estadual: 19.001.349-4
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial da Inflação autorizado pelo MCT/2009

Nº da Nota Fiscal

014236990

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.435 de 25 de abril de 2002.

CONTA MÊS: NOVEMBRO/2018 VENCIMENTO: 04-12-2018 CONSUMO (KWH): 198 TOTAL A PAGAR (R\$): 71,13

LUISA MARIA DA SILVA SANTOS
R. ZACARIAS ALVES A SILVA 250 746 VALENCINHA
CPF: 00051690497300
CEP: 64.300-000 - VALENCA DO PIAUÍ

DADOS DA LEITURA:		DATAS DA LEITURA:	
Atual:	413	Atual:	28/11/2018
Anterior:	1.000	Anterior:	26-10-2018
Constante de Multiplicador:	108	Próxima Leitura:	26-12-2018
Correção Medida:	108	Emissor:	28-11-2018
Correção Faturador:	FCAM	Apresentação:	

NORMAL

33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Unidade Consumidora	Unidade	Número Medidor	Porto	Edição Faz.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL MONO		A21242607			65

CONSUMO DA UNIDADE		DIFERENÇA DA COTA	
OUT/18	0,00	70 A R\$ 0,474508 =	8,23
SET/18	105	70 A R\$ 0,470601 =	32,94
AGO/18	99	8 A R\$ 0,705894 =	5,64
JUL/18	74	CONTR. ILLUMINACAO PUB. (COSIP)	13,00
JUN/18	31	DIFERENÇA DE TARIFA	39,54
MAR/18	77	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	28,22
ABR/18	75	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,49
MAR/18	81	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,45
FEV/18	87		
JAN/18	88		
TARIFA SEM DESCONTO:			
31 A 70 - 0,474508			
31 A 105 - 0,335559			
31 A 108 - 0,503515			

89 - 999.29.4396

LEIAZ 0000 000 0000 - FPAZ - OFPAC - VENCIMENTO 13/12/2018
Parabéns! Até o dia 26-11-2018, não constatamos futuros vencidos
nessa Unidade Consumidora.

3834.0045.03AD.990A.3897.E161.2291.0081
RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	33,44	Base de Cálculo:	80,35
Energia:	5,26	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	5,32	Valor do ICMS:	18,99
Encargos:	24,74	Valor do PIS:	1,02
Tributos:		Valor do COFINS:	4,73

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,27 14,53 29,06 3,68 7,35 14,70 4,14
0,00 0,00 0,00

NOVAMENTE

J CORRETORA
DE SEGUROS

10 JAN 2019

DPVAT