

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 ser 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 sanções 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 ALCANTARA PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o nº 064.561.143-3 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

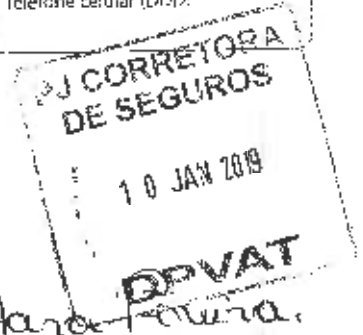
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
RUA ZACARIAS SILVA A. SILVA		250	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
VALENCINHA	VALENÇA	PIAUÍ	643001000
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)

VALENÇA-PI 2 de JANEIRO de 2019
Local e Data

Maria da Cruz da Silva Alcantara Pereira
Assinatura do Declarante





HOSPITAL REGIONAL
EUSTÁQUIO PORTELA
VALENÇA-PI

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV. SANTOS DUMAS, S/N - CENTRO VALENÇA DO PIAUÍ
CEP: 33.551-000
FONE: (32) 3465-1015

FORMULARIO DE REGULAÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME Francisco Roberto Rodrigues da Silva

DN 09/05/74 DATA 28/04/18 RG 3.29.1166

NOME DA MÃE _____

ENDEREÇO _____

CIDADE DE ORIGEM Valença

RESPONSÁVEL _____

II - DADOS DO ENCAMINHAMENTO

CONDIÇÕES DO PACIENTE BELO

DIAGNÓSTICO Fratura gêmela (E) (desalinhada)

EXAMES REALIZADOS RX

TRATAMENTO REALIZADO Qualquer imobilização

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO Conduta especializada

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

2.8 NOV 2018

DE VAT

Exatidão da informação: 11/11/2018
Chefe de Serviço Técnico do HPM, P
RG: 10513130-2 Matr. 144050

III - DADOS DA REGULAÇÃO/ENCAMINHAMENTO

SENHA: 2017 0508 17.432

DATA DA SENHA: 12.05.17

HOSPITAL: HPM

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

MOTORISTA: _____

IV - ASSINATURA DOS PROFISSIONAIS

MATEIRO (A)

Scorpius
Médico
6.5850 (A)

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

Atendimento: 901616B1
Data: 08/05/2017
Funcionário: DANRLEY

Registro: 61521
Hora: 11:36:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 30

SUS

FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

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

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

Civil:

CEP: 64300-000

1: PROJETADE 3, 250 -

Bairro: VALENÇINHA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

SE: 2214308 Cor: SEM

Mãe: LUISA MARIA DA SILVA SANTOS

Pai: FRANCISCO PAULO RODRIGUES

Unidade: CLÍNICA 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 MÉD)

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Não 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 n/min

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

Nega Alergia Medicamentosa

MEDICAÇÃO USUAL

CONDIÇÃO

ENC CLINICO GERAL



Emmanuel B. Araujo
SUPERVISOR
CORREÇÃO

Responsável: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA

462429 - EMANUELA B. ARAUJO



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 INCIDENCIAS

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

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



Luiz Henrique Ribeiro Soares - 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM/PI
RG: 105158103-2 Mat. 14495-9

Dra. Liege de Sampaio
1641123
CRM-PI 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173



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



DN. 09/08/94

BOLETIM DE CIRURGIA

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

Descrição da Cirurgia:

FRATURA
do osso metacarpo
do 4º dedo da mão
em aberto.
Ossos meto



Edmar de Sousa Lima Júnior
Ortopedia/Traumatologia
CRM-2313

Luis Henrique Mesquita dos Santos
Chefe do Arquivo Técnico do HPMI PI
RG: 125.98193-7 Mat. 14435-9

Cirurgia:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

Redução imediata da fratura
Edmar de Sousa Lima Júnior
Ortopedia/Traumatologia
CRM-2313

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR DI

3 - Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR DI

AIH - 2217-011-001
UNI - HOSPITAL DE

ANEXO - 0000-0000-0000

0000-0000-0000

0000-0000-0000

0000-0000-0000

0000-0000-0000

5 - Nome: **FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA** 6 - Prontuário: **245446**

7 - CNS: **161932117300006** 8 - Nascimento: **09/05/1991 02:00** 9 - Sexo: **M** CPF: **89-9.99044312 / 999479822**

11 - Mãe: **LUISA MARIA DA SILVA SANTOS** 12 - Fone: **89-9.99044312 / 999479822**

13 - Respr: **LUISA MARIA DA SILVA SANTOS** 14 - Cor: **PARDA**

15 - Enderr: **RUA ZACARIAS ALVES DA SILVA 250 VALENCINHA 19 - CEP: 64300-000**

16 - Munic: **VALENCA DO PIAUI** 17 - Cod. IBGE: **221130** 18 - UF: **PI** RG: **32911-66**

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Queda
vencida por trauma*

21 - Condições que justificam a internação:

EL

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

HE

Lois Menezes, 47 TEN PM
Chefe do Laboratório Técnico do HPX PI
RG: 105166193-2 Mat. 14495-9

23 - Diagnóstico Inicial: *Fratura de* 24 - Cid Princ.: **S826** 25 - Cid Sec.: 26 - Cid C.Ass.:

27 - Procedimento Solicitado: *Procedimento Solicitado* 0408050578

29 - Clínica: **POSTO II** 30 - Caracter.: **02** Ident.: **1** 31 - Documento: **CPF 65265396491** 32 Doc. Med. Solic.

33 - Nome Profissional / Assistente: **EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR** 34 - Data de Solicitação: **13/05/2017**

Edmar de Souza Lima Jr
CRM 2312

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

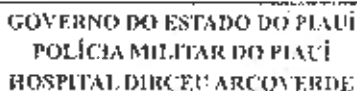
36 - { } Acidente de Trânsito. 37 - { } Acidente de Trabalho Típico. 38 - { } Acidente de Trabalho Trajetado.

39 - CNPJ Seguradora: 40 - CNPJ Empresa: 41 - N.º Bilhete. 42 - N.º CNAE, Empresa. 43 - CBO. 44 - CBO. 45 - Vínculo com a Previdência: { } Empregado { } Empregador { } Autônomo { } Desempregado { } Aposentado { } Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador: 47 - Data Autorização: 48 - Documento: 49 - Assinatura: 50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: *Luiza maria da silva santos* Usuário: **JEANE SILVA** Consulta Local: **2017050611732** Impressão: **13:58:14**



DATA: 11 / 05 / 11
Nº DO PRONTUÁRIO 24526-SALA 01
CÓD DA CIRURGIA: 040 245-526

NOME: Francisco Roberto Pedreira da Silva Idade: 35 Sexo: M ASA: 1
 PROCEDIMENTO: Redução de fratura de humero direito Anest. e Linfo: RA + G3
 CIRURGIÃO: Pedreira AUX: _____ ANEST: _____ ANESTESIA: _____
 INSTR.: _____ CIRC.: _____ INÍCIO: _____ FIM: _____ SALA: 01
 P.A. _____ F.C. _____ PESO: _____ Hto _____ Glicemia _____ Creatina _____ Result. _____

MONITORIZACAO		REPOSICAO VOLEMICA	OXIGENIO
			1
			2
<p>X IIIICO E FREQ DA ANESTESIA MP3, L, P.A. MEDIA + FREQUENCIA CARDIACA P.P.A. DIASTOLICA TEMPERATURA</p>	<p>SaO₂(%) E.C.G. PICO(mmHg)</p>	<p>1007 - A Antônia NA Sem VOOC. 24 - p/b Grupos</p>	
DIURESE (ml)			

Técnica Anastósten: Local - A pelo cirurgião

Comentários Adicionais

Comentários Adicionais

<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> PAHI	<input type="checkbox"/> Cateterizacão
<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> PVC

Q1245	min	log ₁₀ h	log ₁₀	log ₁₀
0.11				
1.1				
10.1				

Medicamentos Utilizados

Medicamentos Utilizados		Medicamentos Utilizados	
Adrenalina _____ Amp	Dolantina _____ Amp	Midazolam _____ Fr	Propofol 1% _____ Amp
Água dest. 10ml _____ Amp	Droperidol _____ Amp	Meltrimidazol _____ Fr	Rapacina _____ Amp
Atropina _____ Amp	Etaril _____ Amp	Neocaina Psa 0,5% _____ Amp	Quelidina _____ Amp
Bexira _____ Amp	Efedrina _____ Amp	Narcen _____ Amp	Quelidina _____ ml
Broncopanda _____ Amp	Enflurano _____ ml	Novabupl 0,5% _____ Fr	Ramfonid _____ Fr
Cefazolin 1g _____ Fr	Fentanil _____ ml	Nubain _____ Amp	Ringer-Lactato _____ Fr
Cefetolida _____ Fr	Fentanil (S/C) _____ Amp	Neocaina 1% V _____ Fr	S. Fludrig 0,5% _____ ml
Cisulloxazina _____ Fr	Haloteno _____ ml	Neocaina 0,5% Isobar _____ Amp	S. Glicoxato 5% _____ ml
Clonidina _____ Amp	Hidrocodisona _____ ml	Neocaina 1% V _____ Amp	Scalpa _____ Amp
Culbide () _____ Fr	Isoflurano _____ ml	Onepazol _____ Fr	Tacrol _____ Amp
Dexametazona _____ Amp	Jelco 10% _____ Und	Ondasetrona _____ Amp	Thal _____ Amp
Diazepam _____ Amp	Lidocaina 2% V _____ Fr	Polio Cel _____ Fr	Tropenil _____ Amp
Diplof _____ ml _____ Amp	Metaclopramida _____ Amp	Pancurônio _____ Amp	
Epimona _____ Amp	Manitol _____ Fr		

ကုမ္ပဏီအမည်

Paulo Henrique R. Nascimento
MÉDICO
CRM-PI 4016



Polícia Militar do Piauí HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		FICHA DE PRONTUÁRIO Nome: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA		13/05/2017
IDEM OUTROS HOSPITAIS SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Nas.: 08/05/1991 Sexo: M		Convênio: SUS - INTERNACAO
CLÍNICA		Atendimento: 346422		Enfermaria: POSTO II
CLÍNICA		ENF 204 LEITO		Leito: 204
Médico Assistente		Mãe: LUISA MARIA DA SILVA SANTOS		
Permanência		RG: 3291168		
CLÍNICA		Residência:		
		RUA ZACARIAS ALVES DA SILVA Nr.: 250 Cep: 64300000		
		Bairro: VALENCINHA Cidade: VALENCA DO PIAUI Telefone: 89 - 999044312		

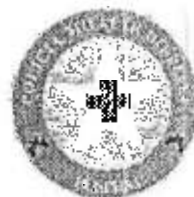
Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Provisório:		Principal:		Procedimento:		Sintomas e Sinais Principais		Causa Médica		Histo - Patológico:	
Diagnóstico		CID		CID		CID		CID		CID	
DPVAT		DPVAT		DPVAT		DPVAT		DPVAT		DPVAT	

TRATAMENTO			
Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirurgico	hecurege infusão	hecurege infusão	<input type="checkbox"/> Nenhuma <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirurgico
DURAÇÃO			
Data/Hora da Internação 13/05/2017 11:05:53		Data da Alta: 14/05/2017	
Data da Hospitalização: 14/05/2017			
ALTA			
Saída	Transferência	Óbito	
<input checked="" type="checkbox"/> Curado <input 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	
Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico		<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico	
Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico		<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico	
Ocorrido nas primeiras 48 horas do internação		<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas do internação	
Assinatura:		Assinatura:	



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



CORRETORA
DE SEGUROS

28 NOV 2016

Confere com o original; qu
foi apresentado e deu fé.

Em, 10/11/16

Setor do Arquivo Técnico do HPMPI

Lula Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105195193-2 NMT 14495-3

NOME DO PACIENTE: Francisco Roberto Rodrigues da Silva

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA DEFESA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO E AUTOMOBILISMO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554834591

FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / CARGO EMPREGADOR
3291166 SUP PI

CPF
055.563.203-22

DATA NASCIMENTO
09/05/1991

PLACAS
FRANCISCO PAULO RODRIGUES
LUIZA MARIA DA SILVA
SANTOS

PROFISSÃO
AUTOMOBILISTA

ACC
B

CATVIR
A.E.

RP REGISTRO
06804713627

VALIDADE
09/03/2021

PIABILIDADE
26/01/2017

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Titular: *Francisco Robson Rodrigues da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
VALENÇA DO PIAUI, PI

DATA DE EMISSÃO
08/02/2018

40439168620
P1330287122

PIAUI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO - JOAO DE DEUS MARTINS

Assinatura do Titular: *Francisco Robson Rodrigues da Silva*

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de Inscrição
055.563.203-22

Nome
FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

Nascimento
09/05/1991

PJ CORRETO
DE SEGUROS
28 NOV 2018
DPVAT

LEI Nº 7.116 DE 28/06/93 - DECRETO Nº 89.280/93

TERMINA - PI

EXP VALENÇA DO PIAUI-PI 18/12/92

CERT. NASC. 15418 L 17 F 234

DOC. IDENT

VALENÇA DO PIAUI-PI

NATURALIDADE

FRANCISCO PAULO RODRIGUES

LUIZA MARIA DA SILVA SANTOS

PLACAS

FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO
09/05/1991

DATA DE EMISSÃO
12/02/09

3.291.166

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.767.408

DATA DE
EXPEDIÇÃO

11/07/12

NOME

MARIA DA CRUZ SILVA ALCÂNTARA PEREIRA

FILIAÇÃO

MARIA JOSÉ DA SILVA ALCÂNTARA
FRANCISCO DIAS PEREIRA

DATA DE NASCIMENTO

02/04/1995

NATURALIDADE

AROEASES-PI

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 10042 L A15/F 093V

EXP AROAZES-PI 08/08/07

TERESINA - PI

064.561.143-30

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

maria da cruz da Silva Alcântara Pereira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 JAN 2013

DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 08-05-2017 CPF DA VÍTIMA 055.563.293-22
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR AVITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ZACARIAS DE ALVARES A-500VA
 Nº 28-746 COMPLEMENTO CASA BAIRRO VALERILINHA
 CIDADE VALERILINHA UF PI CEP 64300-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (84) 99939-4346

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) PROLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MORTE = R\$ 13.500,00
 * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 VALORES DE INDENIZAÇÃO * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (RESERVAÇÃO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 50 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
 * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

28.11.18

IDENTIDADE

3291.466

ASSINATURA

Francisco Rodolfo Silva

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PJ CORRETORA DE SEGUROS

28 NOV 2018

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 DA SILVA **Data do acidente:** 08/05/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

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: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA			
Nacionalidade: BRASILEIRO	Estado Civil: CASADO	Profissão: RURAL	
RG: 3291-166	Org. emissor: SSP-PI	D. Expedição: 12/02/09	CPF: 055.563.23-22
Endereço: RUA ZACARIAS ALVES SILVA		Nº 250	Bairro: VALENCINHA
Cidade: VALENÇA		Estado: PI	CEP: 64300100

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: MARIA DA CRUZ SILVA ALCANTARA PEREIRA			
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADA	Profissão: RURAL	
RG: 3767 408	Org. emissor: SSP-PI	D. Expedição: 11/07/012	CPF: 064.561.143-30
Endereço: RUA ZACARIAS ALVES SILVA		Nº 250	Bairro: VALENCINHA
Cidade: VALENÇA		Estado: PIAUI	CEP: 064.561.143-30

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: VALENÇA-PI 24/7/2019

Francisco Robson Rodrigues da Silva
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Rua Euripedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí / PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FOLHA DE: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA. DOU. FE. EN. TEST. GPC DA VERDADE. VALÊNCIAS DO PIAUI-PI 12/12/2018. Encl.: 3, 71 - 130, 70 - 160, 24 - Total: 4, 71 (Selo ABM 43008 (F160PBB))
Francisca Maria Moraes de Roma
Francisca Maria Moraes de Roma-ESCREVENTE

Francisca 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 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

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

Data da entrega: 10/01/2019
Nome: MARIA DA CRUZ DA SILVA ALCANTARA PEREIRA
CPF: 064.561.143-30

MARIA DA CRUZ DA SILVA ALCANTARA PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

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 médico-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

FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 contado 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

Carta nº 13645984



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

Carta nº 13646038



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:

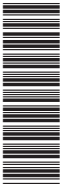
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 0300 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 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 Proleção: Rua Paul
Endereço: RUA ZACARIAS ALVES A - SILVA Número: 250-746 Complemento: CASA
Bairro: VALENCINHA Cidade: VALENÇA Estado: PIAUÍ CEP:
E-mail: Telefone (DDD):

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

☒ PRECISO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRASCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☒ CONTA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 3808 DIV: CONTA: 12551 DIV: 3
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

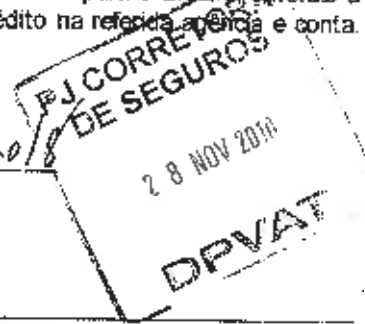
AGÊNCIA: DIV: CONTA: DIV:
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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 e conta. Após recebido o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

VALENÇA - PI, 28 de Novembro de 2018
Local e Data

Francisco Robson Rodrigues da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Francisco Robson Rodrigues da Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 RUA
Endereço RUA ZACARIAS ALVES SILVA		Número 250	Complemento CASA
Bairro VALENCINHA	Cidade VALENÇA	Estado PIAUÍ	CEP 64300100
Email		Telefone (DDD) 89-9999-4396	

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

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRQ. 3887	DIV 43	CONTA NRQ. 009880	DIV 9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRQ.
AGÊNCIA NRQ.	DIV
CONTA NRQ.	DIV
(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 conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

VALENÇA-PI, 2 de JANEIRO de 2019

Local e Data

DE SEGUROS

10 JAN 2019

DPVAT

* FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

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 PIAUI

Resp. pelo Registro: Pablo Roberto Rocha Nunes

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUI

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUI

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 GUTENBERG GOMES MACIE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

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 PIAUI

Telefone(s): 89-9947-9822

DPVAT
CORRETORA
DE SEGUROS

25 NOV 2018

DPVAT

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. NXR150 BROS ES

2013 OUA6451

9C2KD0550DR103892

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 PIAUI UF: PI Bairro: VALENCINHA

Proprietário: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

End: RUA ZACARIAS ALVES Número: 250

Cidade: VALENÇA DO PIAUI UF: PI Bairro: VALENCINHA

RELATO DA OCORRÊNCIA

O notificante 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 notificante; 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 Rocha Nunes
Pablo Roberto Rocha Nunes - Mat. 2814595
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Robson Rodrigues da Silva
FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA - Notificante
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

FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

CPF da Vítima

055-563.203-22

Data do Acidente

08-05-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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-PI 28 de Novembro de 2017

Local e Data

Francisco Robson Rodrigues da Silva

Campo 1 - Assinatura do beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1309
HREP - HOSPITAL REGIONAL CUSTÓDIO PEREIRA

Atendimento: 08/05/2017
Data: 08/05/2017
Funcionário: DANRILEY

Registro: 010001
Hora: 11:36:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 30

FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

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

Nasc.: 09/05/1991 Idade: 25 ANOS, 11 MESES, 30 Profissão: Civil: CEP: 64300-000
End.: PROJETADA 3, 250 - Bairro: VALENCINHA Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI
Cor: SEM Telefone: () - Mãe: LUISA MARIA DA SILVA SANTOS Pat: FRANCISCO PAULO RODRIGUES

Clinica: CLINICA GERAL Documento: 07/10 - SAMUEL G. DANTAS ARRAES
Responsável: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA - O MESMO Temp: 00c Peso: 0Kg P.A.: 0

Procedimentos

08/05/2017 11:36 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)
08/05/2017 11:38 0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

Queixa principal: Paciente com escoriações superficiais em USS e MIE e lesão centro-con (E) por acidente de trânsito.
Exame clínico/físico: CSIC)

Diagnostico provavel:

Medicação:

Shrepia Anestesia local
Antissepsia Sutura
curativo local

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Solicitado Raio X perna (E)



Francisco Robson Rodrigues da Silva

Responsável: FRANCISCO ROBSON RODRIGUES DA SILVA

Samuel G. Dantas Arraes
05556320322

07/10 SAMUEL G. DANTAS ARRAES

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 640-718-0001 - 02 Linhas Especiais: 19 301 383-5
PIAUÍ - Central de Energia Elétrica - Saneamento
Legenda especial de impressão utilizada para SPFAZ 00/98

Nº da Nota Fiscal: 002481620

Ata Tarifária da rede de energia elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2007

CONTA MÊS	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 - VALENÇA DO PIAUÍ

ROT: 242.750.18.08.496600

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	23763	Atual:	27/02/2018
Anterior:	23676	Anterior:	26/01/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima leitura:	27/03/2018
Consumo Medido:	87	Emissor:	22/02/2018
Consumo Faturado:	87	Aprovação:	27/02/2018
FCAM			
NORMAL		32	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe Subclasse	Uso	Número Medidor	Ponto	Código Est.	Média 12 meses
RE				1.4.1.1	92

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês	kWh		
JAN/18	88	CONSUMO	30 A R\$ 0,251714 = 7,55
DEZ/17	100		57 A R\$ 0,431523 = 24,59
NOV/17	118	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,20
OUT/17	95	DIFERENÇA DE TARIFA	31,68
SET/17	82	SUBVENCAO BAIXA RENDA	23,94
AGO/17	97		
JUL/17	84		
JUN/17	118		
MAI/17	91		
ABR/17	77		

TARIFA SOBRE TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,198123
31 A 87 - 0,325938

MENSAGENS 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 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 22/02/2018, não constatamos débitos vencidos
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO ACPEN 9361.1083.BEC6.FCD7.7466.4676.0A3C.8B06

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	13,77	Base de Cálculo:	63,82
Energia:	26,16	Alíquota ICMS:	20,00%
Perdas técnicas:	4,11	Valor do ICMS:	12,76
Perdas comerciais:	4,17	Valor do PIS:	0,51
Tributos:	15,61	Valor do COFINS:	2,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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

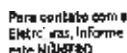
NOVO DEBITO

12/2017

14,73

ROT: 242.750.18.08.4055

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
2 8 NOV 2018
DPVAT



0225799-8

014235990

A Direção Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada em 10.435 de 25.000 kWh de 2002.

LUIZA MARIA DA SILVA SANTOS
R. ZAÇARIAS ALVES A SILVA 250 746 VALENCINHA
CPF: 00051690497300
CEP: 64.300-000 - VALENÇA DO PIAUÍ

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Unidade	Número Produtor	País	Código Prod.	Módulo 12 meses
RESID: EXTREMA	MONO	A2124260		14	85

HISTÓRICO P/L		RESERVA DA CONTRA	
OUT/17	105	70 A R\$	0,470601 = 32,94
SET/18	105	80 A R\$	0,705894 = 5,64
AGO/18	99		
JUL/18	74	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	
JUN/18	31		
MAI/18	77	DIFERENÇA DE TARIFA	
ABR/18	75		
MAR/18	81	SUBVENCAO BAIXA RENDA	
FEV/18	87	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,49	
JAN/18	88	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,45	
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 P. 70	- 8,33539		
31 A 60	- 8,33539		
61 A 100	- 0,58355		

89 - 99929..

89-99929.4396

Parabéns! Até a data de 26-11-2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

3834.0A45.D3AD.990A.3897.E161.2291.0881
RESERVADO AO FISCO

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

INDICADOR DE CONTINUIDADE

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

NOVO ORIENTE

REJ CORRETORES
DE SEGUROS

10 JAN 2019

DPVAT

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/001-80 | Insc. Estadual 19.201.340-4
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pela RFAZ 06/09

1ª da Nota Fiscal 014235990

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

PERÍODO	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	04-12-2018	108	71,13

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

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	371	Atual	28/11/2018
Anterior	413	Anterior	26-10-2018
Constante de Multiplicação	1,000	Anterior	26-12-2018
Consumo Medido	108	Próxima Leitura	26-11-2018
Consumo Faturado	108	Emissão	28-11-2018
		Apresentação	
	NORMAL		33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classificação	Uso	Número Medidor	Possê	Código Pat.
RESID. BAIXA RENDA	MONO	A2124260		1.4.1.1

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

89-99929.4396

PARABENS! Até o dia 26-11-2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 3834.0A45.03AD.990A.3897.E161.2291.0881

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

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

NOVO ORIENTE

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 JAN 2019

DPVAT