



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08216552420198180140

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

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **04/09/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **01/10/2018**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

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

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

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT		
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190021155	Cidade: Teresina	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES	Data do acidente: 04/09/2018	Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A		
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 DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.				
Sequelas: Com sequela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **04/09/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

17/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03834

CONTA: 000000002570-9

Nr. da Autenticação 4B422B3A0338F6C7

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸**art. 1º. (...)**

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 2 de junho de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES**, em curso perante a 9ª VARA CÍVEL da comarca de TERESINA, nos autos do Processo nº 08216552420198180140.

Rio de Janeiro, 2 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Meu sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 054 076 243 11 Nome completo da vítima: Daniel William da S. Rodrigues

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

Nome completo: Daniel William da S. Rodrigues CPF: 054 076 243 11

Profissão: Revisor Endereço: R. Prof. Manoel da Luz Número: 4048 Complemento: 2015

Bairro: Vila Brasil Cidade: Foz de Iguaçu Estado: PR CEP: 64.000-000

E-mail: _____ Tel./DDD: (016) 9999-0666

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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

☐ SEM RENDA ☐ 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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (737) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3834 CONTA: 2570 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação no crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçada ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Local e Data: Foz de Iguaçu - PR 09/11/2018

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO: Daniel W. da S. Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003458/2018-16

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - Registro: Francelina De Medeiros Elisário

Data/Hora: 01/10/2018 - 11:58

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA RADIALISTA JIM BORRALHO, Nº:

Complemento

Data/Hora

04/09/2018 - 07:10

Bairro

SÃO JOAQUIM

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DANIEL WILLIAN DA SILVA RODRIGUES

RG: 3334066 SSP PI

Mãe: VERA LUCIA DA SILVA GAULINO RODRIGUES

Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS RODRIGUES

Endereço: RUA PROFESSORA MARIA DA LUZ, QD H8, CASA 15, Nº 15

Bairro: PARQUE BRASIL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9812-2984

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

AG CORRETORA
DE SEGUROS

26 NOV 2018

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O informante compareceu a esta Especializada para noticiar que trafegava na condução do veículo motocicleta Honda de placa QUB-2072 pelo endereço acima citado quando uma outra motocicleta da qual não sabe dados que trafegava pela pista e sentido direcional do lado direito da vítima conduzida por um homem, veio a realizar uma manobra de conversão para a esquerda interceptando a marcha da motocicleta conduzida pelo informante e provocando a queda do informante e provocando lesões corporais. Informa que não houve pericia no local e foi socorrido por terceiros. Informa também que fazia uso de capacete sobre a cabeça no momento do acidente e que não faz uso de bebida alcoólica.

Francelina De Medeiros Elisário - Mat. 1963295
AGENTE DE POLÍCIA

Daniel William da Silva Rodrigues
DANIEL WILLIAN DA SILVA RODRIGUES - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003458/2018-16

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - Registro: Francelina De Medeiros Elisário

Data/Hora: 01/10/2018 - 11:58

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA RADIALISTA JIM BORRALHO, Nº:

Complemento

Data/Hora

04/09/2018 - 07:10

Bairro

SÃO JOAQUIM

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DANIEL WILLIAN DA SILVA RODRIGUES

RG: 3334066 SSP PI

Mãe: VERA LUCIA DA SILVA GAULINO RODRIGUES

Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS RODRIGUES

Endereço: RUA PROFESSORA MARIA DA LUZ, QD H8, CASA 15, Nº 15

Bairro: PARQUE BRASIL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9812-2984

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

AG CORRETORA
DE SEGUROS

26 NOV 2018

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O informante compareceu a esta Especializada para noticiar que trafegava na condução do veículo motocicleta Honda de placa QUB-2072 pelo endereço acima citado quando uma outra motocicleta da qual não sabe dados que trafegava pela pista e sentido direcional do lado direito da vítima conduzida por um homem, veio a realizar uma manobra de conversão para a esquerda interceptando a marcha da motocicleta conduzida pelo informante e provocando a queda do informante e provocando lesões corporais. Informa que não houve pericia no local e foi socorrido por terceiros. Informa também que fazia uso de capacete sobre a cabeça no momento do acidente e que não faz uso de bebida alcoólica.

Francelina De Medeiros Elisário - Mat. 1963295
AGENTE DE POLÍCIA

Daniel William da Silva Rodrigues
DANIEL WILLIAN DA SILVA RODRIGUES - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Meu sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 054 076 243 11 Nome completo da vítima: Daniel William da S. Rodrigues

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

Nome completo: Daniel William da S. Rodrigues CPF: 054 076 243 11

Profissão: Revisor Endereço: R. Prof. Manoel da Luz Número: 4048 Complemento: 2015

Bairro: Vila Brasil Cidade: Foz de Iguaçu Estado: PR CEP: 64.000-000

E-mail: _____ Tel./DDD: (016) 9999-0666

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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

☐ SEM RENDA ☐ 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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (737) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3834 CONTA: 2570 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo o direito, desde já e somente após a efetivação no crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Local e Data: Foz de Iguaçu - PR 09/11/2018

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO: Daniel W. da S. Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Meu sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 054 076 243 11 Nome completo da vítima: Daniel William da S. Rodrigues

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

Nome completo: Daniel William da S. Rodrigues CPF: 054 076 243 11

Profissão: Revisor Endereço: R. Prof. Manoel da Luz Número: 4048 Complemento: 2015

Bairro: Parque Brasil Cidade: Foz de Iguaçu Estado: PR CEP: 64.000-000

E-mail: _____ Tel./DDD: (016) 9999-0646

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (737) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3834 CONTA: 2570 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação no crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Local e Data: Foz de Iguaçu - PR 09/11/2018

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO: Daniel W. da S. Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**NHEO 16:20
04/09/18

Imp: 04/09/2018 10:21:49

User: LORENA
(Estado: ACRE)

Nome: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES		Prontuário: 487230	
Mãe: VERA LUCIA DA SILVA PAULINO RODRIGUES	Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS RODRIGUES		
End. Resid.: 30 47 38 24 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 23/11/1992	Idade: 25a9m11d	Sexo: Masculino	Fone: 86-96806-3877
Responsável: O MESMO	CNS: 898003995795937		
Profissão: MOTO TAXISTA	Documento: CPF: 054.076.243-11		
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Casado(a)		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 682569	Data: 04/09/2018 10:14:54	Condução: VEICULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Id. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Sim
CID Secundário: V199		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEIMAS	Evento Principal: Fratura exposta	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE REGULADO HOJE. BUENOS AIRES COM RELATOS DE ACIDENTE DE MOJO COLISÃO COM MOTO. APRESENTANDO FRATURA EM PORÇÃO PROXIMAL DA TIBIA ESQUERDA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA		Profissional Clas. Risco: LORENA MACALHAZ MACEDO 21/02/2018 04/09/2018 10:21:47	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)			
Traxa Teorito fx Teorito (E) fx / Ror /			
PA ☒ X ____ unidg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:			CIC:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	RAIO X REALIZADO DATA 04/09/2018 Técnico: Traxa
---	---

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Se Internação, indique o Procedimento e CID
DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____	Procedimento: ____ CID: ____

Daniel w. da S. Rodrigues
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**NHEP 16:20
04/09/18

Imp: 04/09/2018 10:21:49

User: LORENA
(Estado: ACRE)

Nome: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES		Prontuário: 487230	
Mãe: VERA LUCIA DA SILVA PAULINO RODRIGUES		Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS RODRIGUES	
End. Resid.: 30 47 38 24 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 23/11/1992	Idade: 25a9m11d	Sexo: Masculino	Fone: 86-96806-3877
Responsável: O MESMO		CNS: 898003995795937	
Profissão: MOTO TAXISTA		Documento: CPF: 054.076.243-11	
G. Instrução: Médio Completo		E. Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 682569	Data: 04/09/2018 10:14:54	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S	
Id. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Sim	CID Secundário: V199

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEIMAS	Evento Principal: Fratura exposta	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE REGULADO HOJE. BUENOS AIRES COM RELATOS DE ACIDENTE DE MOJO COLISÃO COM MOTO. APRESENTANDO FRATURA EM PORÇÃO PROXIMAL DA TIBIA ESQUERDA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA		Profissional Clas. Risco: LORENA MACALHAZ MACEDO 21/02/2018 04/09/2018 10:21:47	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)			
<i>Traxa</i> <i>Teorito</i> <i>fx Teorito (E)</i> <i>fx / Ror /</i>			
PA X ____ unidade	 pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:			CIC:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	RAIO X REALIZADO DATA 04/09/2018 Técnico: <i>Traxa</i>
--	---

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Se Internação, indique o Procedimento e CID
DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____	Procedimento CID

Daniel w. da S. Rodrigues
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03834

CONTA: 000000002570-9

Nr. da Autenticação 4B422B3A0338F6C7

		033-7		03399.52590 07084.613194 27001.801011 2 76510000000600	
Local de Pagamento: Pagável em Qualquer Banco Até o vencimento				Vencimento 18/09/2018	
Beneficiário: Indaial/SC- CNPJ: 01.894.432/0004-07				Agência/Cód. Beneficiário 3059/5259070	
Data Documento	Num. Doc.	Esp. Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
13/09/2018	1319270	DS	N	13/09/2018	8461319270018
Nº da Conta/Resp	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do Documento
	101	R\$			R\$ 6,00
Instruções: Não aceitar o pagamento após o vencimento Boleto referente ao requerimento de reposição de avaliação código requerimento 287202				(-)Desconto (-)Outras Deduções/Abatimento (+)Mora/Multa/Juros (+)Outros Acréscimos (=)Valor Cobrado	
Pagador: Daniel William da Silva Rodrigues RUA PROFESSORA MARIA DA LUZ, 15 - QUADRA H8 - 64012-010 - PARQUE BRASIL - TERESINA/PI Nº de matrícula: 1319270 - Turma: SES0585 Doc. Identidade: 3334066 - CPF: 054.076.243-11					

Autenticação Mecânica



		033-7		03399.52590 07084.613194 27001.801011 2 76510000000600	
Local de Pagamento: Pagável em Qualquer Banco Até o vencimento				Vencimento 18/09/2018	
Beneficiário: Indaial/SC- CNPJ: 01.894.432/0004-07				Agência/Cód. Beneficiário 3059/5259070	
Data Documento	Num. Doc.	Esp. Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
13/09/2018	1319270	DS	N	13/09/2018	8461319270018
Nº da Conta/Resp	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do Documento
	101	R\$			R\$ 6,00
Instruções: Não aceitar o pagamento após o vencimento Boleto referente ao requerimento de reposição de avaliação código requerimento 287202				(-)Desconto (-)Outras Deduções/Abatimento (+)Mora/Multa/Juros (+)Outros Acréscimos (=)Valor Cobrado	
Pagador: Daniel William da Silva Rodrigues RUA PROFESSORA MARIA DA LUZ, 15 - QUADRA H8 - 64012-010 - PARQUE BRASIL - TERESINA/PI Nº de matrícula: 1319270 - Turma: SES0585 Doc. Identidade: 3334066 - CPF: 054.076.243-11					

Autenticação Mecânica





Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0876167-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.183-5
Nota Fiscal / Conta de Energia elétrica - Série E. 1
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ/PI

Nº da Nota Fiscal: 005730055

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEL foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAR/2018	21/05/2018	433	806,13

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO
R. MACAPÁ 4001 NOVO HORIZONTE
CPF: 00084438851300
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 9.001.75.40.483000

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	42531	Atual:	14/05/2018
Anterior:	42098	Anterior:	13/04/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14/06/2018
Consumo Medido:	433	Emissão:	11/05/2018
Consumo Faturado:	433	Apresentação:	14/05/2018
Forma de Pagamento: NORMAL		Dias de Consumo: 31	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto
RESIDENCIAL			

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	433 A R\$ 0,820875 = 355,43
ABR/18	402	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	29,02
MAR/18	471	PARCELAMENTO DE DEBITOS 35/36	421,68
FEV/18	493	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,93	
JAN/18	512		
DEZ/17	520		
NOV/17	592		
OUT/17	492		
SET/17	554		
AGO/17	449		
JUL/17	200		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
R\$ 433 - 0,56826			

PJ-CORRETORA
DE SEGUROS
26 NOV 2018

DPVAT

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO 453C.6ZB5.6/57.08FD.99ZF.1285.EC36.5580

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	69,03	Base de Cálculo:	355,43
Energia:	111,29	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	20,65	Valor de ICMS:	95,96
Encargos:	20,92	Valor de PIS:	3,12
Tributos:	113,54	Valor de COFINS:	14,46

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
	IC	DC	DMIC	DICI		
	5,19	10,39	20,77	3,36	6,73	13,45
	0,00			0,00		0,00

TERESINA-JOCKEY

ROT: 9.001.75.40.483000



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.183-5

SEU CÓDIGO

0876167-1

MÊS FATURADO

05/2018

Nº da Nota Fiscal:

TOTAL A PAGAR - R\$

806,13

VENCIMENTO

21/05/2018

FCAM

83640000008 6 06130017000 0 000000000876 3 16710518008 4



SEQ.: 00202 UC: 0876167-1 DT.LEIT.: 14/05/2018 T.ENTR.: 00
LEITURA: 42531 NORMAL TOTAL: 806,13 CARGA: 013
DT.VENC.: 21/05/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2041

		033-7		03399.52590 07084.613194 27001.801011 2 76510000000600	
Local de Pagamento: Pagável em Qualquer Banco Até o vencimento				Vencimento 18/09/2018	
Beneficiário: Indaial/SC- CNPJ: 01.894.432/0004-07				Agência/Cód. Beneficiário 3059/5259070	
Data Documento	Num. Doc.	Esp. Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
13/09/2018	1319270	DS	N	13/09/2018	8461319270018
Nº da Conta/Resp	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do Documento
	101	R\$			R\$ 6,00
Instruções: Não aceitar o pagamento após o vencimento Boleto referente ao requerimento de reposição de avaliação código requerimento 287202				(-)Desconto (-)Outras Deduções/Abatimento (+)Mora/Multa/Juros (+)Outros Acréscimos (=)Valor Cobrado	
Pagador: Daniel William da Silva Rodrigues RUA PROFESSORA MARIA DA LUZ, 15 - QUADRA H8 - 64012-010 - PARQUE BRASIL - TERESINA/PI Nº de matrícula: 1319270 - Turma: SES0585 Doc. Identidade: 3334066 - CPF: 054.076.243-11					

Autenticação Mecânica



		033-7		03399.52590 07084.613194 27001.801011 2 76510000000600	
Local de Pagamento: Pagável em Qualquer Banco Até o vencimento				Vencimento 18/09/2018	
Beneficiário: Indaial/SC- CNPJ: 01.894.432/0004-07				Agência/Cód. Beneficiário 3059/5259070	
Data Documento	Num. Doc.	Esp. Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
13/09/2018	1319270	DS	N	13/09/2018	8461319270018
Nº da Conta/Resp	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do Documento
	101	R\$			R\$ 6,00
Instruções: Não aceitar o pagamento após o vencimento Boleto referente ao requerimento de reposição de avaliação código requerimento 287202				(-)Desconto (-)Outras Deduções/Abatimento (+)Mora/Multa/Juros (+)Outros Acréscimos (=)Valor Cobrado	
Pagador: Daniel William da Silva Rodrigues RUA PROFESSORA MARIA DA LUZ, 15 - QUADRA H8 - 64012-010 - PARQUE BRASIL - TERESINA/PI Nº de matrícula: 1319270 - Turma: SES0585 Doc. Identidade: 3334066 - CPF: 054.076.243-11					

Autenticação Mecânica





Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0876167-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.742/0001-09 | Insc. Estadual: 19.301.383-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 012300600

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	07/11/2018	604	587,10

FIZETE CHAVES DE SOUZA
R. MACAPA 4001, NOVO HORIZONTE
CPF: 00079517307349
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		kWh		DATAS DA LEITURA	
Atual:	64993			Atual:	15/10/2018
Anterior:	64389			Anterior:	13/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	14/11/2018
Consumo Medidor:	604			Entrega:	11/10/2018
Consumo Faturado:	604			Apresentação:	30/10/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Sub-classe	Especie	Número Medidor	Posto	Código Tar.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A786234		1.1.1.1	0

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
SET/18	@	CONSUMO	604 A R\$ 0,95876 = 541,10
AGO/18	@	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	43,78
JUL/18	@	2A. VIA PERDIDO CONSUM 05/15-00	2,28
JUN/18	@	ADICIONAL BANDA LARGA VFRMFLTA	30,17
MAI/18	@		
ABR/18	@		
MAR/18	@		
FEV/18	@		
JAN/18	@		
DEZ/17	@		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25	
Parabéns! Até o dia 11/10/2018 não constataremos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.	

RESERVADO AO FISCO 3674.8385.6449.0F99.1CC2.9F3B.061C.52C9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	104,11	Base de Cálculo:	541,10
Energia:	198,05	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	31,16	Valor do ICMS:	146,09
Enluzamento:	11,56	Valor do PIS:	3,35
Tributos:	176,22	Valor do COFINS:	24,78

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
INDICADOR	DEC	1	2	3	4
5,19	10,39	20,77	3,46	6,71	10,39

CO CORRETORA
DE SEGUROS
09 JAN 2019
DPVAT

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**¹.

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

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

Pelo exposto, eu Edemir José Faria de Camille inscrito (a) no CPF/CNPJ 84438851300
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel William de S. Rodrigues inscrito
(a) no CPF sob o nº 054 046 243 / 11 do sinistro de DPVAT cobertura Furto da vítima
Daniel William de S. Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o nº 054 046 243 / 11 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

I, I 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	R. <u>Novorpa</u>		Número	4001		Complemento
Bairro	Novo Horizonte		Cidade	Ferreira		Estado
CEP			CEP	69-080/50		
Telefone comercial (DDD)			Telefone celular (DDD)			
(066) 99946666						

Ferreira de 09 de 11 de 2018
Local e Data

Edemir José Faria de Camille
Assinatura do Declarante



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**¹.

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

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

Pelo exposto, eu Edinaldo José Faria de Camille inscrito (a) no CPF/CNPJ 84438851300
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel William de S. Rodrigues inscrito
(a) no CPF sob o nº 054 046 243 / 11 do sinistro de DPVAT cobertura Furto da vítima
Daniel William de S. Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o nº 054 046 243 / 11 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

I, I 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	R. Nova		Número	4001	Complemento
Bairro	Nova Horizonte	Cidade	Feijunópolis	Estado	PE
CEP			69-080/50		
Telefone comercial (DDD)			Telefone celular (DDD)		
(086) 99944666					

Feijunópolis de 09 de 11 de 2018
Local e Data

Edinaldo José Faria de Camille
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Emanuel de Sousa Silva,

RG nº 1595817, data de expedição 21/01/2017.

Órgão SSM-PI, portador do CPF nº 817 962 003 44 com

domicílio na cidade de Jeremim, no Estado de

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

Q 108 LOT 09 PG WALL FERRY 2º

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

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

vítima Daniel William da Mota Rodrigues cujo condutor era

Daniel William da Mota Rodrigues

Veículo: motocicleta

Modelo: HONDA CG 150 FAN ESDI

Ano: 2013/2013

Placa: 008 2072

Chassi: 9C2KCJ680R309433

Data do Acidente: 10.09.18

Local e Data: Jeremim - PI 21/09/2018

Emanuel de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



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



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANA LIA DONALVES DE SAMPÃO PEREIRA
RUA LUIZ MARINO MORAES, 1221 CENTRO - CEP: 64000-000 - TERESINA-PI
Fone: (0xx06) 3221-7888 - E-mail: atendimento@cartoriothomsocios.com.br

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Ata de Notas
Registro e Judicial
RECONHECIMENTO DE FURMA
18J 34928

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EMANUEL DE SOUSA SILVA, DO
FE. EM TEST. Jeremim DA VERDADE, TERESINA-PI, 21/09/2018. Emol. 33
TJPI0,74 Selo0,26 Total:4,71 Selo:AB3.34928 (F80F405)

Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escritor(a) Autorizada

☐ Tabelião ☒ Escritor(a) autorizado



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Emanuel de Sousa Silva,

RG nº 1595817, data de expedição 21/01/2017.

Órgão SSR-PI, portador do CPF nº 817 962 003 44 com

domicílio na cidade de Jeremim, no Estado de

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

Q 108 LOT 09 PG WALL FERRY 2º

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

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

vítima Daniel William da Mota Rodrigues cujo condutor era

Daniel William da Mota Rodrigues

Veículo: motocicleta

Modelo: HONDA CG 150 FAN ESSE

Ano: 2013/2013

Placa: 008 2072

Chassi: 9C2KCJ680R309433

Data do Acidente: 10.09.18

Local e Data: Jeremim - PI 21/09/2018

Emanuel de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



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



TERESINA CARTÓRIO 1º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANA LIA DONALVES DE SAMPÃO PEREIRA
RUA LUIZ MARINO MOREIRA, 1221 CENTRO - CEP: 64000-000 - TERESINA-PI
Fone: (0xx06) 3221-7888 - E-mail: atendimento@cartoriotomsocios.com.br

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Ata de Notas
Registro e Judicial
RECONHECIMENTO DE FIRMA
18J 34928

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EMANUEL DE SOUSA SILVA, DO
FE. EM TEST. Jeremim DA VERDADE, TERESINA-PI, 21/09/2018. Emol. 1,3
TJ:0,74 Selo:0,26 Total:4,71 Selo:AB3.34928 (F80F405)

Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escritor(a) Autorizada

☐ Tabelião ☒ Escritor(a) autorizado





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Daniel William da Silva Rodrigues

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 487290



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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES		Prontuário: 487230
Mãe: VERA LUCIA DA SILVA PAULINO RODRIGUES		Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS RODRIGUES
End. Resid.: QD 47 CS 24 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 23/11/1992	Idade: 25a9m1d	Sexo: Masculino Fone: 86-98886-3877
Responsável: O MESMO		CNS: 898003895795937
Profissão: MOTO TAXISTA		Documento: CPF: 054.076.243-11
G. Instrução: Médio Completo		E. Civil: Casado(a)
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 682569	Data: 04/09/2018 10:14:54	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênios: 0 0
Id. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Sim
		CID Secundário: 9209

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEIMAS	Evento Principal: Fratura exposta	Destino: ORTOFEDISTA	Classificação: Amarelo
Grava História: PACIENTE REGULADO HOSP. BUENOS AIRES COM RELATOS DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM MOTO, APRESENTANDO FRATURA EM PORÇÃO PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA		Profissional Clas. Risco: LORENA MAGALHÃES MACEDO 23/11/2018 10:21:49	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)	RAIO X REALIZADO DATA 04/09/2018 Técnico: [assinatura]		
Exames Complementares:			
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:			
DATA: ____/____/____		HORA: ____:____	
Diagnóstico Inicial:		CID:	

Daniel W. da S. Rodrigues
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: Daniel William da Silva Rodrigues Sala: _____ Data: 10.09.2018
Procedimento: Osteossíntese de Tíbio com Dr. Jamerson Alergia: _____ Observações: _____
Cirurgião: _____

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 <u>Supravacano</u>	<u>15 mg</u>												
2 <u>Morfina</u>	<u>8 mg</u>												
3													
4 <u>Cefazolone</u>	<u>2g</u>												
5													
6 <u>Dipirone</u>	<u>2g</u>												
7													
8 <u>Talatal</u>	<u>0,1g</u>												
9													
10 <u>Axemetosano</u>	<u>4g</u>												
11													
12 <u>ondansetron</u>	<u>4g</u>												
13													
Oxigênio													
120													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico 20
Cat. Venoso nº ____ G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos ____ cateteres
☐ Central _____

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT nº ____
☐ LMA nº ____

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Sedação Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Rínquelo Periférico
☐ Outros

Decúbito: Dorsal

SPO2 (%)	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>
ETCO2 (mmHg)						
Aces. Venoso						
Aces. Venoso						
Diurese						
Perdas Sanguíneas						

Descrição da Anestesia:

Dr. João Libório
Anestesiologista
CRM-PI 6663

Anestesiologista

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 10/01/2018

NOME DO PACIENTE:	<u>Daniel William da Silva Rodrigues</u>			PRONTUÁRIO Nº:	<u>487230</u>
DIAGNÓSTICO:				CIRURGIA:	<u>rot. cing. rot. plav.</u>
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	Dr. Jamerson M. de L. Junior	Nº DA SALA:	<u>01</u>	<u>to 1º e 2º</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Jamerson</u>	Ortopedia / Traumatologia	CPF Nº:		
AUXILIAR:		CRM-PI: 3678 / TEOT - 11094	CPF Nº:		
ANESTESIA:	<u>Dr. Faio</u>		CPF Nº:		
INSTRUMENTADORA:	<u>Claudia</u>		CPF Nº:		

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>N.24</u>	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7.10</u>	PAR		
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7.15</u>	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>01</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>80</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>180</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>150</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO <u>500ml</u>	FRASCO		
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Cateter 02</u>			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eluioch</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Exovas</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Cupom</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2-0</u>							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>0</u>				CIRCULANTE:	<u>Solange moutinho</u>		
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Daniel William da Silva Rodrigues

Diagnóstico pré-operatório

Fx clavícula direita

Operação - Tipo

Dr. Jamerson M. d. S. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 3878 / RCD - 11094

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Claudemir Dr. Jairo

Anestesiista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

10.09.2018

Início

08:30

Fim

09:30

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

DPVAT

1) Paciente em ddh 10 graus, tendo
2) fratura da clavícula direita
de corpo, cir
3) Incisão porção Medial ± 10cm
em "Z"
4) Redução da fx da Espinha +
Placa unidirecional + Osteossintese
com placa em "Z" + Sutura
5) Curativos feitos

Dr. Jamerson M. d. S. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 3878 / RCD - 11094

Mod. 76 HUT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 12956 - Em: (04/09/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
222127	487230	DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES	POSIVO 1	ANEXO 701	LEITO	ARTHUR SENEZ DE SOUSA			
Evolução:	Diagnóstico/Comorbidades:								
Hora:	Fratura da espinha tibial								
11:45	Alergias:								
Nega									
Seq.:	Descrição-Apresentação/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE								
1	CLORETO DE SÓDIO (SORO FISIOLÓGICO) 0,9% C/100ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	24/24h			(12.45) (25)	
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,50	Amola	EV	6/6h			12.45 (25)	
3	TENDOCAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Amola	EV	12/12h			12.45 (25)	
4	OMEPRAZOL 20MG	1,00	Capela	Oral	24/24h			12.45 (25)	

Observações Gerais:

COINADOS GERAIS E SINAIS VITAIS

Dr. Arthur Sampaio
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 3200

PI CORRETORA
DE SEGUROS
26 NOV 2018
DPVAT



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 344261832	Nº REGULAÇÃO: 39987	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D'ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - IIUT		
LEITO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES		NASCIMENTO: 23/11/1992

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE APRESENTA AO RX, FISSURA/FRATURA EM POÇÃO PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA, APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HOJE. SEM SINAIS DE TCE, GLASGOW 15.			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS: RX			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 113(1x80)(mmHg)	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO: 99%	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 04/09/2018 09:09:40	 Dr. Fabiano Laurente Klein Médico CRM 5093-PI
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO	

PJ CORRETO
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVAT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1220 - Radanoia - Fone: 33 2213 2442
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 08.222.817/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES** (Prontuário: **487238**)
 Endereço: **QD 47 C/S 24 - SANTA MA. UDDIPI - TERESINA - PI CEP: 64200-010**
 Nascimento: **28/11/1992** Idade: **25a11m19d** Sexo: **Masculino** Orgão: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **662563**
 Requisição: **870430** Solicitação: **04/09/2016** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1077753** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080125

Data Exame: 04/09/2016

JOELHO ESQUERDO

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

- Fratura completa recente no platô tibial sem desvio.
- Aumento do volume do partes moles.

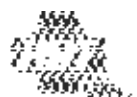
(LORGE ALMEIDA)

TERESINA - PI 12/11/2010

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
 CRM: 133.933.1/2-08 CRM PI 1341
 Profissional Responsável

[Handwritten signature]





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUIT
 Rua Dr. Otto Tito 1320 Rodaço - Fone: 33 3713 3445
 TERESINA-PI CEP: 64017-270 CNES: 33.822.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES** (Previdenciário 487238)
 Endereço: **OD 47 C'S 24 - SANTA MAL COOPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **23/11/1992** Idade: **25/11/2018** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **022127**
 Regulação: **872457** Solicitação: **10/09/2018** Solicitante: **ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA**
 Controle: **1080514** Convênio: **S U S** CLINICA ORTOPEDIA - F11 ENFERMARIA 233 LEITO 237

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0294060125

Data Exame: 10/09/2018

JOELHO ESQUERDO

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

- Fratura recente alinhada no platô tibial fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento do volume do partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(ASSINATURA)

TERESINA - PI 12/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.902.173-99 CRM PI 1341
 Profissional Responsável



C.O.B

CLÍNICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES

Clínica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires

Fones: (86) 3214-1600 / 3214-1314 - CEP 64.009-330 - Teresina-Piauí

E-mail: clinicacob@hotmail.com

Sr(a). DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 04/09/2018

BO=100203,003458/2018-16

HD FRATURA DE PLANALTO TIBIAL E

FEITO OSTEOSINTESE DE FRATURA
DO PLANALTO TIBIAL E

EF DOR LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO E
F DE 70 GRAUS

RX JOELHO E 2P FRAT DE PLANALTO TIBIAL E
CONSOLIDADA

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 50 % EM JOELHO E



Teresina 27 de Março de 2019

Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294
TEOT - 8054

Dr. Edmar de S Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-PI

RETORNA
URO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



MA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1526202590

NOME
DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
3334066 SSP PI

CPF
054.076.243-11

DATA NASCIMENTO
23/11/1992

FILIAÇÃO
ANTONIO CARLOS DOS SAN
TOS RODRIGUES
VERA LUCIA DA SILVA PA
ULINO RODRIGUES

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

06130003900

VALIDADE

13/09/2022

1ª HABILITAÇÃO

25/07/2014

OBSERVAÇÕES

EAR;

FI CORRETORA
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVA

Daniel William da Silva Rodrigues

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SAO LUIS, MA

DATA EMISSÃO

24/11/2017

Larissa Abdalla Brito

Larissa Abdalla Brito

ASSINATURA DO EMISSOR

42217124060

MA036191515

MARANHÃO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1526202590

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO**

DOC. IDENTIDADE / CPF: **1968901 889 FI**

CM: **844.388.213-00** DATA NASCIMENTO: **19/03/1981**

RUAÇÃO: **ARTURIO BARROS DE CARVALHO**
ANTONIO LUCIA DE JONA CARVALHO

PERMISSÃO: **CONDUZIR** ACC: **CONDUZIR** CAT: **AB**

Nº REGISTRO: **03698246500** VALIDADE: **05/01/2022** HABILITAÇÃO: **28/09/2005**

OBSERVAÇÕES:

Estimado por Anna de Carvalho
 ADMINISTRAÇÃO DE REGISTROS

DATA DE EMISSÃO: **17/02/2017**
 78054815018
 21314299472

PIAUI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1412442552

PROVEDOR PLASTIFICAR
 1412442552

PJ CORRETORES
 DE SEGUROS

28 NOV 2018

DEVAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



MA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1526202590

NOME
DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
3334066 SSP PI

CPF
054.076.243-11

DATA NASCIMENTO
23/11/1992

FILIAÇÃO
ANTONIO CARLOS DOS SAN
TOS RODRIGUES
VERA LUCIA DA SILVA PA
ULINO RODRIGUES

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

06130003900

VALIDADE

13/09/2022

1ª HABILITAÇÃO

25/07/2014

OBSERVAÇÕES

EAR;

FI CORRETORA
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVA

Daniel William da Silva Rodrigues

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SAO LUIS, MA

DATA EMISSÃO

24/11/2017

Larissa Abdalla Brito

Larissa Abdalla Brito

ASSINATURA DO EMISSOR

42217124060

MA036191515

MARANHÃO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1526202590

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JAN 2019

DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME:
EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

DOC. DE IDENTIFICACAO: 1968301 650 PI

CPF:
844.388.513-00

DATA NASCIMENTO:
19/03/1981



PLACAR:
ANTONIO BARROS DE
CARVALHO
ANTONIA LUCIA DE LIMA
CARVALHO

EXERCICIO:
[REDACTED]

CATEGORIA:
AB

Nº REGISTRO:
03698246500

VALIDADE:
05/01/2022

VALIDADE:
28/09/2005

VALIDADE EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1412442552

OBSERVAÇÕES

Eduardo Jose Lima de Carvalho
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL:
TERESINA

ASSINATURA DO TITULAR
[Signature]

PIAUÍ

DATA DE EMISSAO:
17/02/2017
18054815018
PI318255472

ETORA
IROS

19

PROVIDO PLASTICA
1412442552

DETRAN - PI Nº 013156864250
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD-RENAVAM 00513170642 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

2220
0064
6272
3b66
4b66
5b66
0na1
22d3
da50
ba02
9848

NOME
EMANOEL DE SOUSA SILVA

CPF/CNPJ 81796200344 PLACA GUB-2072

PLACA ANT. UF GUB-2072 CHASSI 9C2KC1680DR309433

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLE/NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP/POT/CIL 02P/0149CC CATEGORIA ALUGUEL COR PREDOMINANTE AMARELA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª IPVA

FAIXA IPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2ª PAGO 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) OF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRICOES OBSERVAÇÕES

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

PI Nº 013156864250 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 22/02/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 81796200344 PLACA GUB-2072

RENAVAM 00513170642 MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2013 DATA 09 Nº CHASSI 9C2KC1680DR309433

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00 000,00 000,00

000,00 000,00 185,30

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUOTACÃO 14/02/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

Cartório Thomastocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Heloisa do Socorro de Carvalho de Sene
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

Selo de Fiscalização
Autenticidade
Folha Autêntica
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registro e
Autenticação

AUTENTICAÇÃO
Nº 48659
30
Tabela
3221 7886

AUTENTICO A PRESENTE FOTOCOPIA QUE É REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL. E
FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 21/09/2018.

Para do Socorro de Carvalho de Sene-Escrivente Autorizada
Escr.º:2,39 TJ:0,48 Selo:0,26 Total:3,13 Selo:AKK-48659 (F80F405)

Tabella

Escrivente autorizado

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVAT

DETRAN - PI Nº 013156864250
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD-RENAVAM 00513170642 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

2220
0064
6272
3b66
4b66
5b66
0na1
22d3
da50
ba02
9848

NOME
EMANOEL DE SOUSA SILVA

CPF/CNPJ 81796200344 PLACA GUB-2072

PLACA ANT. UF GUB-2072 CHASSI 9C2KC1680DR309433

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLE/NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP/POT/CIL 02P/0149CC CATEGORIA ALUGUEL COR PREDOMINANTE AMARELA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª IPVA

FAIXA IPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 000,00 OF (R\$) 000,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO 14/02/2018

SEM RESTRICOES OBSERVAÇÕES

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

TERESINA LOCAL DATA 22/02/2018

PI Nº 013156864250 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 22/02/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 81796200344 PLACA GUB-2072

RENAVAM 00513170642 MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2013 DATA 09 Nº CHASSI 9C2KC1680DR309433

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$)

000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 185,30 (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUOTACÃO 14/02/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

Cartório
Thomastocles
Sampaio

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANAÍLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
REALIZANDO NOGUEIRA, 1233 CENTRO - CEP: 64000-300 - TERESINA-PI
Fone: (0xx86) 3221-7886 - E-mail: cartorio3@cartoriosampaio.com.br

AUTENTICO A PRESENTE FOTOCOPIA QUE É REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL. E
FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 21/09/2018.

Para do Socorro de Carvalho de Sene-Escritor Autorizada
EML: 2,39 TJ: 0,48 Selo: 0,26 Total: 3,13 Selo: AKK-48659 (F80F405)

Tabella

Escritor autorizado

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVAT

Cartório Thomastocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Socorro de Carvalho de Sene
Escritor Autorizada
Teresina - PI

Selo de Fiscalização
Autenticidade
Folha Autêntica
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registro e
Autenticação

AUTENTICAÇÃO
Nº AKK-48659
30
Tabela
3221 7886

Carta de Solicitação de avaliação

S: 31902155

Venho em mão desta carta pedir a sua
respeitada empresa e seus analistas, que por favor
me avalie presencialmente por meio de uma
perícia Médica, pois fui vítima no meu trabalho
e tenho forte sequelas, pois fiquei com sequelas
permanentes, com dificuldade ao caminhar e
com um peso no membro ao me locomover,
agradecer a compreensão de todos

Atenciosamente P. 25/04/2019

Ass: Daniel William da Silva Rodrigues



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190021155 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
RODRIGUES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS REVISÃO DA AMD EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.
COMPLEMENTO POR REANÁLISE 0%.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190021155 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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: 3190021155 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
RODRIGUES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS REVISÃO DA AMD EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.
COMPLEMENTO POR REANÁLISE 0%.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190021155 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
RODRIGUES

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 DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome:	Daniel William da Silva Rodrigues		
Nacionalidade:	Brasileiro	Estado Civil:	Casado
Profissão:	Moto Taxi		
RG:	3.534.066	Org. emissor	SSP-PF
D. Expedição	24/11/2014	CPF:	054.076.243-11
Endereço:	R. Prof. Maria do Bay	Nº e 15	Bairro: 82 Brasil I
Cidade:	Terena	Estado:	PE
CEP:	64.012.010		

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome:	Eduardo José Junior de Carvalho		
Nacionalidade:	Brasileiro	Estado Civil:	Casado
Profissão:	Autônomo		
RG:	1.968.901	Org. emissor	SSP-PF
D. Expedição	16/12/2018	CPF:	844.388.513-00
Endereço:	R. Macapa Nº 4	Nº 4001	Bairro: Novo Horizonte
Cidade:	Terena	Estado:	PE
CEP:	64.080.150		

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 Daniel William da Silva Rodrigues

Acidente ocorrido em: 24/09/2018

Local / data: 1 de outubro de 2018

3º OFÍCIO

Daniel William da Silva Rodrigues

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVAT

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

TERESINA CARTORÓ 3º OFÍCIO DE NOTAS TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA REALIZANDO NOBILITIA, 123 CENTRO - CEP: 64000-210 - TERESINA-PI Fone: (066) 3221-7894 - E-mail: anadaniel@cartorio3pi.com.br	
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES.	DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 01/10/2018. Enol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,25 Total: 4,71	Selo: 480.39666 (F590P377)
JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada	Selo de Funcionário e Autenticidade Poder Judiciário - Juízo de Paz - Área de Notas, Registro e Juizados
CARTORIO THEMISTOCLES SAMPAIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Judite de Castro Cardoso Escrevente Autorizada Terena - PI	RECONHECIMENTO DE FIRMA 68J 39666

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome:	Daniel William da Silva Rodrigues		
Nacionalidade:	Brasileiro	Estado Civil:	Casado
Profissão:	Moto Taxi		
RG:	3.534.066	Org. emissor	SSP-PF
D. Expedição	24/11/2014	CPF:	054.076.243-11
Endereço:	R. Prof. Maria do Bay	Nº e 15	Bairro: 82 Brasil I
Cidade:	Terena	Estado:	PE
CEP:	64.012.010		

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome:	Eduardo José Junior de Carvalho		
Nacionalidade:	Brasileiro	Estado Civil:	Casado
Profissão:	Autônomo		
RG:	1.968.901	Org. emissor	SSP-PF
D. Expedição	16/12/2018	CPF:	844.388.513-00
Endereço:	R. Macapa Nº 4	Nº 4001	Bairro: Novo Horizonte
Cidade:	Terena	Estado:	PE
CEP:	64.080.150		

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 Daniel William da Silva Rodrigues

Acidente ocorrido em: 24/09/2018

Local / data: 1 de outubro de 2018

3º OFÍCIO

Daniel William da Silva Rodrigues

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

PJ CORRETORA DE SEGUROS

26 NOV 2018

DPVAT

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

TERESINA CARTORÓ 3º OFÍCIO DE NOTAS TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA REALIZANDO NOTURNA, 123 CENTRO - CEP: 64000-210 - TERESINA-PI Fone: (066) 3221-7894 - E-mail: anadot@cartorio3pi.com.br	
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES.	DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 01/10/2018. Enol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,25 Total: 4,71	Selo: ABB.39666 (F590P377)
JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada	Selo de Finalização e Autenticidade Poder Judiciário - Cartório de Notas, Registro e Juizados
CARTORIO THEMISTOCLES SAMPAIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Judite de Castro Cardoso Escrevente Autorizada Terena - PI	3º OFÍCIO 33 3221 TRPA
RECONHECIMENTO DE FIRMA	ABJ 39666

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008614/19

Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

CPF: 054.076.243-11

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 04/09/2018

Titular do CPF: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO : 844.388.513-00

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

DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES : 054.076.243-11

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: 09/01/2019
Nome: EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO
CPF: 844.388.513-00

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426388/18

Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

CPF: 054.076.243-11

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 04/09/2018

Titular do CPF: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO : 844.388.513-00

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

DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES : 054.076.243-11

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: 26/11/2018
Nome: EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO
CPF: 844.388.513-00

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008614/19

Número do Sinistro: 3190021155

Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

CPF: 054.076.243-11

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/09/2018

Titular do CPF: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/04/2019
Nome: EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO
CPF: 844.388.513-00

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190021155

Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 04/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190021155

Vítima: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 04/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003834

Conta: 000002570-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: **DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES**

Nº Sinistro: **3190021155**
DANIEL WILLIAM DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: **04/09/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO**

Assunto: **REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190021155**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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 14285413



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Meu sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 054 076 243 11 Nome completo da vítima: Daniel William da S. Rodrigues

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

Nome completo: Daniel William da S. Rodrigues CPF: 054 076 243 11

Profissão: Revisor Endereço: R. Prof. Manoel da Luz Número: 4048 Complemento: 2015

Bairro: Vila Brasil Cidade: Foz de Iguaçu Estado: PR CEP: 64.000-000

E-mail: _____ Tel./DDD: (016) 9999-0646

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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

☐ SEM RENDA ☐ 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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (737) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3834 CONTA: 2570 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo o direito, desde já e somente após a efetivação no crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Local e Data: Foz de Iguaçu - PR 09/11/2018

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO: Daniel W. da S. Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

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