

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094434 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DIEGO SOARES SOARES **Data do acidente:** 12/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
MENESES

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO NA FACE (CORTE CONTUSO NO NARIZ) E CONTUSÃO NO TÓRAX.

Descrição do exame físico: APRESENTA-SE NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, COM BOM ESTADO GERAL, E SEM SEQUELAS.

Resultados terapêuticos: APRESENTA RESULTADO SATISFATÓRIO E SEM SEQUELAS.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 14/03/2020

Conduta mantida:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075316/20

Vítima: FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES

CPF: 053.072.893-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GIVALDO DO NASCIMENTO : 972.574.783-68

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

FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES : 053.072.893-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/03/2020
Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO
CPF: 972.574.783-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

GIVALDO DO NASCIMENTO

Paula Vargens Mendes da Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094434 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DIEGO SOARES SOARES **Data do acidente:** 12/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
MENESES

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO NA FACE (CORTE CONTUSO NO NARIZ) E CONTUSÃO NO TÓRAX.

Descrição do exame físico: APRESENTA-SE NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, COM BOM ESTADO GERAL, E SEM SEQUELAS.

Resultados terapêuticos: APRESENTA RESULTADO SATISFATÓRIO E SEM SEQUELAS.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 14/03/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013404432133

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 00490906575 2019

0289 NOME
00b1 FRANCISCO NATANNAEL BARBOSA MOUR
a3e7 A
7cd8 *****
e7f1 *****
f926 *****
eba5 *****

7afc CPF/ CNPJ PLACA
d6cm 02790642338 OEF-8946

7d08 PLACA ANT/UF CHASSI
4619 9BD196271D2095529

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL

PAS/AUTOMÓVEL/NENHUMA ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.

FIAT/PALIO ATTRACTIV 1.0 2012 2013

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE

005P/075CV PARTICU PRATA

I COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC / COTAS
P 1^a IPVA
V FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2^a
A 3^a PAGO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES

A/FID. OCUPACAO BRADESCO ADM. DE CONSORCIOS LT
DA NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL DATA
VALENCA DO PIAUÍ 02/08/2019

ANEXO 0001 DO REGO LOBO
DETAN - PI

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR V
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PE
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013404432133 BILHETE DE SEGURO

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EM
02/08/

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 02790642338 OEF-89

RENAVAM MARCA / MODELO

00490906575 FIAT/PALIO ATTRACTIV 1

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI

2012 01 9BD196271D2095529

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGU
000,00 000,00 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SI
000,00 000,00 016,21

PAGAMENTO DATA DE QUIT
X COTA UNICA PARCELADO 24/06/20

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Givaldo do Nascimento inscrito (a) no CPF 972.574.783-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Diego Soares Menezes inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.072.893-16, do sinistro de DPVAT cobertura INVADEZ da Vítima Francisco Diego Soares Menezes inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.072.893-16, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Rua Antônio Luis	Número	1180	Complemento	ribavio
Bairro	Amando Lima	Cidade	Vila Velha	Estado	ES
Email	givaldos.nascimento@yahoo.com.br	Telefone comercial(DDD)	027	CEP	64.300.000
		Telefone celular (DDD)	891999316611		

Valo Ribeiro de 15 de JANEIRO de 2020
Local e Data

Givaldo do Nascimento
Assinatura do Declarante



Clinica

Dr. Helder
Oliveira

Av. Prof. João Soares, 966 - Centro
VALENÇA DO PIAUÍ-PI
CNPJ: 04.015.061/0001-50

Dr. Helder Antonio M. Oliveira
MÉDICO
CRM-PI 2640
CPF 497.260.133-72

RECEITUÁRIO

Francisco Hugo Soares Menezes,

Identificação paciente: (35C)

Do Exame: Traumatismo de Face com
luxação conto-contuso em base de nariz e
olho, eronavicular, traumatismo em região
anterior esquerda e eronavicular, Traumatismo
de hombro direito esquerdo, com algia e subluxação
de ombro direito esquerdo, com algia e subluxação
de ombro direito esquerdo (35C), ferida submucosa e
traumatismo conservador, alto do tratamento
do 14/01/20, com redução da capacidade
funcional oral/nasofaringe à nível nasal de
aproximadamente 30% momento da exame.

Dr. Helder Antonio M. Oliveira
MÉDICO
CRM-PI 2640
CPF 497.260.133-72

Blanca AM
CRM 2640

Saúde e Vida

(89) 3465-2647 / 99997-3272

Paciente: FRANCISCO DIEGO SCARES MENESSES/R

Idade: 27a 10m 28d

Número do Pedido: 7959473

Sexo: M

Código: 589058

Data de Realização: 12/10/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Estudo realizado com tomógrafo multi-slice através de aquisição volumétrica dos dados, com cortes submilimétricos, que foram pós-processados, obtendo-se imagens axiais.

ACHADOS:

Parênquima encefálico apresentando valores de atenuação radiológica dentro dos limites normais. Cisternas e sulcos corticais sem modificações.

Sistema ventricular: com morfologia e dimensões anatômicas.

Ausência de desvios das estruturas da linha média ou calcificações patológicas.

Calota craniana sem alterações.

CONCLUSÃO:

T. C. HELICOIDAL DO CRÂNIO SEM ANORMALIDADES.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE ABDOME TOTAL

TÉCNICA:

Estudo realizado com tomógrafo multi-slice, através de aquisição volumétrica dos dados, com cortes submilimétricos, antes e após administração endovenosa do meio de contraste iodado, que foram pós-processadas, obtendo-se imagens axiais.

ACHADOS:

Fígado: com dimensões, relevos capsulares e arquitetura parenquimatosa normais.

Pâncreas e baço de volume e densidade normais.

Adrenais sem alterações.

Rins tópicos, de volume normal, eliminando o meio de contraste bilateralmente.

Aorta de calibre normal.

Não se observam ascite ou linfonodomegalias retroperitoneais.

Bexiga: repleta, com morfologia, dimensões e relevos mucosos normais.

Próstata: bem visualizada, com volume, densidade parenquimatosa e relevos capsulares normais.

Reto/sigmóide preservado.

Ausência de lesões expansivas em região pélvico/abdominal inferior.

CONCLUSÃO:

T. C. HELICOIDAL DO ABDOME TOTAL SEM ANORMALIDADES.

Paciente: FRANCISCO DIEGO SOARES MENESSES/R

Idade: 27a 10m 28d

Número do Pedido: 7959473

Sexo: M

Código: 589058

Data de Realização: 12/10/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Estudo realizado com tomógrafo multi-slice através de aquisição volumétrica dos dados, com cortes submilimétricos, que foram pós-processados, obtendo-se imagens axiais.

ACHADOS:

Parênquima encefálico apresentando valores de atenuação radiológica dentro dos limites normais. Cisternas e sulcos corticais sem modificações.

Sistema ventricular: com morfologia e dimensões anatômicas.

Ausência de desvios das estruturas da linha média ou calcificações patológicas.

Calota craniana sem alterações.

CONCLUSÃO:

T. C. HELICOIDAL DO CRÂNIO SEM ANORMALIDADES.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE ABDOME TOTAL

TÉCNICA:

Estudo realizado com tomógrafo multi-slice, através de aquisição volumétrica dos dados, com cortes submilimétricos, antes e após administração endovenosa do meio de contraste iodado, que foram pós-processadas, obtendo-se imagens axiais.

ACHADOS:

Fígado: com dimensões, relevos capsulares e arquitetura parenquimatosa normais. Pâncreas e baço de volume e densidade normais.

Adrenais sem alterações.

Rins tópicos, de volume normal, eliminando o meio de contraste bilateralmente. Aorta de calibre normal.

Não se observam ascite ou linfonodomegalias retroperitoneais.

Bexiga: repleta, com morfologia, dimensões e relevos mucosos normais.

Próstata: bem visualizada, com volume, densidade parenquimatosa e relevos capsulares normais. Reto/sigmóide preservado.

Ausência de lesões expansivas em região pélvico/abdominal inferior.

CONCLUSÃO:

T. C. HELICOIDAL DO ABDOME TOTAL SEM ANORMALIDADES.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.112.027	DATA DE EXPEDIÇÃO	26/03/14
NOME	GIVALDO DO NASCIMENTO		
FILIAÇÃO	ESMERALDA MARIA DO NASCIMENTO SANTIAGO		
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
VALENÇA DO PIAUÍ-PI	01/11/1980		
DOC. ORIGEM	CERT. CASAM. 2623 L 7B F 150V		
EXP VALENÇA DO PIAUÍ-PI 13/07/12			
TERESINA - PI			
972.574.783-68 ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83			





Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0464183-3

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

CONTA MÊS: JANEIRO/2020 VENCIMENTO: 10/01/2020

Nº da Nota Fiscal: 32180229

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

CONSUMO (kWh) 125 TOTAL A PAGAR (R\$) 86,88

ODILIA MARIA FERREIRA DE SOUSA
R. ANTONIO LUIZ 1180 AMANDO LIMA - AMANDO LIMA

CPF: 00018513562823

CEP: 64.300-000 - VALENCIA DO PIAUÍ

ROT: 24.750.04.02.055500

DATAS DA LEITURA

Atual: 03/01/2020

Anterior: 04/12/2019

Próxima Leitura: 04/02/2020

Emissão: 02/01/2020

Apresentação: 03/01/2020

Dias de Consumo: 30

DADOS DA LEITURA
Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Irregularidade:

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classe/Subclasse: RESID.BX.RENDA Ligação: MONO Número Medidor: A467836 Poste: Código Fat.: 1.4.1.1 Média 12 meses: 141

HISTÓRICO kWh/

Mês/ano consumo

DEZ/19 140

NOV/19 145

OUT/19 131

SET/19 143

AGO/19 134

JUL/19 139

JUN/19 165

MAI/19 141

ABR/19 153

MAR/19 105

TARIFA SEM TRIBUTOS:

8 A 30 - 0,210560

31 A 100 - 0,360950

101 A 125 - 0,541430

CONSUMO 30 A R\$ 0,281264 = 8,43
70 A R\$ 0,482153 = 33,75
25 A R\$ 0,723238 = 18,08
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 13,00
DIFERENCA DE TARIFA 40,18
SUBVENCAO BAIXA RENDA 30,10-
CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00 0,61
MULTA POR ATRASO 11/19-00 1,81
JUROS POR ATRASO 11/19-00 1,12
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,96

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Año Valor R\$
12/2019 100,12

AVISO DE DEBITOS VENCIDOS
Informamos existir(em) débito(s) vencido(s) no valor de R\$ 100,12 (sem acréscimos legais) ate esta data. Caso o(s) débito(s) ja tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento da Equatorial Energia com o(s) comprovante(s) de pagamento.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Você pode optar pelas datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 70E5, F7C7, 9666, F7AC, B91A, AF25, A802, 6F6D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição:	22,01	Base de Cálculo:	100,44	78,35
Energia:	42,50	Aliquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	7,19	Valor do ICMS:		22,09
Encargos:	3,51	Valor do PIS:	0,71%	0,56
Tributos:	25,23	Valor do COFINS:	3,30%	2,58

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DMCI
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral

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

Ficha de Atendimento (Emgência)

Atendimento: P0265957
Data: 12/10/2019
Funcionário: EDIMAR

Registro: 807
Hora: 07:45:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 7

SUS

CPF: 05307289316 - RG: 3214266 - SUS: 200909726800018
Civil: CEP: 64300-000
End.: DEPUTADO JOSE NUNES, 879 - Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI
Cor: BRANCA Telefone: () - Pai: FRANCISCO VALDEMI MENESES

FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES

Nasc.: 14/11/1991 Idade: 27 ANOS, 10 MESES, 28
End.: DEPUTADO JOSE NUNES, 879 -
Cor: BRANCA Telefone: () -

Profissão:

Bairro: CENTRO

Mãe: MARIA DE FATIMA SOARES BARBOSA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

Procedimentos

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

Hora: _____

Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

INJÚRIA

Prescrição Médica:

1. Trauma facial - contusão local SFOIX - R - 37,12
2. Visceral TBS - ósimo - R - 400

Hora: 07:49:52

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

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

Queixa/História: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO. (SUTURA).

Alergias: ALERGIA A DIPIRONA.

Medicação Usual:

PA: 110x80 mmHg

TAX: 36°C

FR: 0 rpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduita: ENC CLINICO GERAL.

417797 - LÍVIA KELLY DA SILVA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora:

Alta Óbito Evasão Transferencia Destino: _____

Dr. Rafael Barbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6067

FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES
Paciente ou Responsável

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Médico Responsável



Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0459788-5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imersão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 26595699

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	09/09/2019	203	216,39

MARIA DO CARMO SOARES BARBOSA
R. DEP JOSE NUNES 879 S/C - AMANDO LIMA
CPF: 00024029769349
CEP: 64.300-000 - VALENCA DO PIAUÍ

ROT: 23.750.03.56.079400

DATAS DA LEITURA

Atual:	6521	Atual:	02/09/2019
Anterior:	6318	Anterior:	01/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	02/10/2019
Consumo Médio:	203	Emissão:	01/09/2019
Consumo Faturado:	203	Apresentação:	02/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 32

Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A277713	1.1.1.1	196	

HISTÓRICO kWh		DESCRIPÇÃO DA CONTA		
Mês/ano consumo				
AGO/19	194	CONSUMO	203 A R\$ 0,974683 =	197,86
JUL/19	185	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO3IP)		18,53
JUN/19	205	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	8,11	
MAI/19	192			
ABR/19	189			
MAR/19	175			
FEV/19	181			
JAN/19	190			
DEZ/18	213			
NOV/18	238			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 203 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 01/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode contar pelas datas de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	38,92	Base de Cálculo:	197,86
Energia:	75,19	Aliquota ICMS:	144,43
Transmissão:	12,71	Valor do ICMS:	27,00%
Encargos:	6,22	Valor do PIS:	53,42
Tributos:	64,82	Valor do COFINS:	2,03
		Valor do PIS:	6,49%
		Valor do COFINS:	9,37

	DIC		FIC		DMIC		DICRI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite								
Realizado	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14	
Conjunto	0,00		0,00			0,00		
NOVO ORTFENTE					Periodo de apuração:		EUSD:	07/2019 65,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

053.072.893-16 FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES

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

5 - Nome completo:

FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES

6 - CPF:

053.072.893-16

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGENCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

BRASIL (001)

AGENCIA:

CONTA:

2761 8 26890 9

(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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, de já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado Judicialmente

 Vívo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 28 - Vítima teve filhos? Sim Não

 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

 30 - Vítima deixou namorado/viúvo/viúva? Sim Não

 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àsquelas 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.

34

 TEL: 0369
 CEL: 98888-8888
 RUA: 123, 100
 Bairro: Centro
 CEP: 12345-000

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, *VALÉRCIA DO PIAUÍ 15/10/2020*
Francisco Diego Soares Menezes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

506 v. 1.1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.001044/2019-44

Complementar ao BO Nº: 122451.001043/2019-46

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Gerson Vasconcelos Fortes

Data/Hor: 20/10/2019 - 20:18

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

RODOVIA BR 316, Nº:

Complemento

57 99 06
57 99 07 - D

Data/Hora
12/10/2019 - 06:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO DIEGO SOARES MENESSES

RG: 3214266 SSPI PI

Mãe: MARIA DE FÁTIMA SOARES BARBOSA

Pai: FRANCISCO VALDENIR MENESSES BARBOSA

Endereço: RUA DEP. JOSÉ NUNES, Nº 879

Bairro: CENTRO

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: DOUGLAS SANTANA FERREIRA

RG: 3071549 PI

Mãe: MARIA DE JESUS MIRANDA SOLANO

Pai: CARLOS REGIS FERREIRA SOLANO

Endereço: RUA COR. ANIBAL MARTINS, Nº 908

Bairro: CENTRO

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: VITIMA

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL, EXIBIDA NESTAS DITAS DATAS, FE. EN TEST. DA VERSÃO. VALENÇA DO PIAUÍ, 21/10/2019.

Ana Cláudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESPÉREME
Sel. abx. 29903 (F160F55)

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa
Escrivão de Peça Autorizada

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo: Ano: Placa: Chassi: Renavam: Cor:

1 - FIAT. Palio 2013 OEF8946 9BD196271D2095529 00490906575 Prata

Condutor: FRANCISCO DIEGO SOARES MENESSES

RG: 3214266 Órgão: UF RG:

End: RUA DEP JOSÉ NUNES Número: 879 Complemento:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: CENTRO

Proprietário: FRANCISCO NATANNAEL BARBOSA MOURA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA COMUNICAR QUE NO DIA 12/10/2019, POR VOLTA DAS 06:30 HS, O NOTICIANTE TRAFEGAVA PELA BR 316, SENTIDO PICOS/VALENÇA, COM DESTINO À VALENÇA/PI, CONDUZINDO O VEÍCULO FIAT PALIO ATTRACTIV, PRATA, PLACA OEF-8946, LICENCIADO EM NOME DE FRANCISCO NATANNAEL BARBOSA MOURA, QUANDO O NOTICIANTE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, EM SEGUIDA, O CARRO CAPOTOU VÁRIAS VEZES ÀS MARGENS DA BR 316. QUE EM RAZÃO DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, O NOTICIANTE/VITIMA SOFREU LESÕES CORPORAIS PELO CORPO E O PASSAGEIRO E TAMBÉM VÍTIMA DO ACIDENTE, DOUGLAS SANTANA FERREIRA SOFREU ESCORIAÇÕES PELO CORPO. O FATO FOI REGISTRADO PARA OS FINS DE DIREITO.



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

506 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 122451.001044/2019-44

Gerson V. Fortes
Gerson Vasconcelos Fortes - Mat.
AGENTE DE POL'

Complementar ao BO N°: 122451.001043/2019-16

Francisco Diego Soares Menees
FRANCISCO DIEGO SOARES MENESSES - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Parafita
Luccy Keiko Leal Parafita
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 136.331-7

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Rua Eurípedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64300-009 - Fone: (89) 3465-1171

CERTIFICO QUE A PRESENTE FUOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS. FOI FEITA EM TESTE
DA VERDADE
VALENCA DO PIAUI-PI, 21/10/2019

Ana Cláudia Melão Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCRIVENTE
Emol.: 2,48
Total: 3,30
Selos abx. 29904 (F160F50)

Ana Cláudia Melão L. F. Chaves Barbosa
Escrevente Autorizada



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200094434
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Diego Soares Meneses
Endereço do(a) Examinado(a): R Dep Jose Nunes, 879 879
Amando Lima Valenca do Piauí PI CEP: 64300-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 3.214.266
Data local do acidente: [12/10/2019]
Data local do exame: [14/03/2020] Floriano [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
CONTUSÃO NA FACE (CORTE CONTUSO NO NARIZ) E CONTUSÃO NO TÓRAX.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO COM RAFIA DO NARIZ, E MEDICAMENTOSO COM USO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS E ANALGÉSICOS, REFERE QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.

Complicações: NÃO TEVE COMPLICACOES.

Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

APRESENTA-SE NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, COM BOM ESTADO GERAL, E SEM SEQUELAS.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

ellayne Ricardo Ramos Bilibio
Dr. Mauro Ricardo Ramos Bilibio
CRM/PI - 4606
CPF - 500.643.500-91

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

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094434

Vítima: FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES

Data do Acidente: 12/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

053.072.893-16 FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES

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

5 - Nome completo:

FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES

6 - CPF:

053.072.893-16

7 - Profissão:

NÃO INFORMADO PAIA DEP. 2056 VURCH

9 - Número:

879 MACEIÓ

11 - Bairro:

AMANDALIMA

12 - Cidade:

VALMIR

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

64.300.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: (007) BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2761

CONTA: 26890

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

 Não há IML que atende 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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado Judicialmente

 Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

na: (nascimento)

31 - Vítima teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

 34 - **AVISO:** Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, *VALMIR DA PRAIA / 15/01/2020*
Francisco Diego Soares Mene

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



Ag. 2762-8

CL. 26890-9

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

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094434

Vítima: FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES

Data do Acidente: 12/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094434

Vítima: FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES

Data do Acidente: 12/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075316/20

Vítima: FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES

CPF: 053.072.893-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GIVALDO DO NASCIMENTO : 972.574.783-68

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

FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES : 053.072.893-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/03/2020
Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO
CPF: 972.574.783-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

GIVALDO DO NASCIMENTO

Paula Vargens Mendes da Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094434 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DIEGO SOARES SOARES **Data do acidente:** 12/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
MENESSES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO.
LESÃO CORTO-CONTUSA NA BASE DO NARIZ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

P 1

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ P 1

X

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO, DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

NOME COMPLETO: FRANCISCO DIEGO SOARES MENESSES		RG: 3.214.266	ÓRGÃO EMISSOR: SSP/PI
CPF: 053.072.893-16	ENDERECO: RUA DEP. JOSE MUNIZ		
BAIRRO: AMANDO LIMA	CEP: 64.300.000	COMPLEMENTO: INIBARO	
CIDADE/UF: VALÉNCIA DO PIAUÍ	Tel.(DDD)		

OUTORGADO

NOME COMPLETO: VALÉNCIA DO PIAUÍ		RG: 2.112-027	ÓRGÃO EMISSOR: SSP/PI
CPF: 972.574.783-68	ENDERECO: RUA ANTÔNIO LUIZ		
BAIRRO: AMANDO LIMA	CEP: 64.300.000	COMPLEMENTO: INIBARO	
CIDADE/UF: VALÉNCIA DO PIAUÍ	Tel.(DDD) (89) 999 316677		

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar readendimento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO DPVAT**, referente à vítima e dados abaixo:

VÍTIMA:	FRANCISCO DIEGO SOARES MENESSES	CPF:	053.072.893-16
NATUREZA:	INVALIDEZ DAMAS	ACIDENTE OCORRIDO DIA:	12/10/2019



Francisco Diego Soares Meneses

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer por Autenticidade)

VALÉNCIA DO PIAUÍ/19/10/2019

Local e Data

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

Rua Eurípedes Martíne, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (88) 3465-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCISCO DIEGO SOARES MENESSES. D.O.U. FE. EM TEST. DA VERDADE. VALÉNCIA DO PIAUÍ-PI, 21/10/2019. Emol.: 3,850 TJ: 0,77 FIMP: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 Selo: abt.68929 (F160P54)

Ana Cláudia Melão Lopes Ferreira Chaves Barbosa ESCRIVENTE



Ana Cláudia Melão L. F. Chaves Barbosa
Escrevente Autorizada

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094434 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DIEGO SOARES SOARES **Data do acidente:** 12/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
MENESSES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO.
LESÃO CORTO-CONTUSA NA BASE DO NARIZ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.
P 1

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ P 1

X

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO, DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00