

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 12/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DIEGO
SOARES MENESES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

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 MENESES **Data do acidente:** 12/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

DETRAN - PI Nº 013404432133
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

0289 NOME
00b1 FRANCISCO NATANNAEL BARBOSA MOUR
a3e7 A
7cd8 *****
c7f1 *****
f926 *****
eba5 *****
7afc *****
d6ca *****
7d08 *****
4619 *****

CPF / CNPJ 02790642338 PLACA OEF-8946

PLACA ANT. / UF CHASSI 9BD196271D2095529

ESPECIE TIPO FAS/AUTOMOVEI/NENHUMA COMBUSTIVEL ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO FIAT/PALIO ATTRACTIV 1.0 ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

CAP / POT / CIL 005P/075CV CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRATA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1º IPVA

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
A/FID. DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
DA NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL VALENCA DO PIAVI DATA 02/08/2019

DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO 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 02/08/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 02790642338 PLACA OEF-89

RENAVAM 00490906575 MARCA / MODELO FIAT/PALIO ATTRACTIV 1

ANO FAB. 2012 CAT. TARIF. 01 Nº CHASSI 9BD196271D2095529

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 000,00 DENATRAM (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO 000,00

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

PAGAMENTO X COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUIT 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GIVALDO DONASIMENTS inscrito (a) no CPF 972.574.783-68,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO DIEGO SOARES MENDES inscrito
(a) no CPF sob o Nº 053.072.893-16 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
FRANCISCO DIEGO SOARES MENDES 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 <u>RUA ANTONIO LUIS</u>		Número <u>1180</u>	Complemento <u>MIRAVES</u>
Bairro <u>AMANDOLIMA</u>	Cidade <u>VALEÇA</u>	Estado <u>P. ALUÍ</u>	CEP <u>64-300-000</u>
Email <u>givaldosdonasiments@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(89) 999316611</u>

VALEÇA de 15 de JANEIRO de 2020
Local e Data

Givaldo Donasiments
Assinatura do Declarante

RECEITUÁRIO

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

ME. Francisco Diego Soares Menezes

história vítima acidente de trânsito (BIC)

do Exame: Traumatismo de Face com
lesão contuso-contuso em base de nariz,
algia, escorrel, Traumatismo em região
antral esquerda escorrel, Traumatismo
de hemitorax esquerdo, com algia e subluxa
ção de omóplata costal (BIC), sendo submetido a
Tratamento conservador, após do Tratamento
em 14/01/20, com redução da capacidade
funcional oral/respiratória a nível nasal de
aproximadamente 30% no momento da avaliação.

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

Valença do Piauí 14/01/20

Helder Oliveira
CRM 2640

Paciente: FRANCISCO DIEGO SCARES MENESES/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/sigmoide preservado.

Ausência de lesões expansivas em região pélvico/abdominal inferior.

CONCLUSÃO:

T. C. HELICOIDAL DO ABDOME TOTAL SEM ANORMALIDADES.

Paciente: FRANCISCO DIEGO SCARES MENESES/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.



VÁLIDA 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 VALENÇA DO PIAUI-PI DATA DE NASCIMENTO 01/11/1980

DIG. ORIGEM
CERT. CASAM. 2623 L 7B F 150V
EXP VALENÇA DO PIAUI-PI 13/07/12

TERESINA - PI 972.574.783-68 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Givaldo do Nascimento
ASSINATURA DO TITULAR

0356079

CARTEIRA DE IDENTIDADE



EQUATORIAL PIAUI 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

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!!

SEU CÓDIGO

0464183-3

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.

CONTA MÊS

JANEIRO/2020

VENCIMENTO

10/01/2020

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 - VALENÇA DO PIAUI

ROT: 24.750.04.02.055500

DADOS DA LEITURA

kWh

27669

Atual:

27544

Anterior:

1,000

Constante de Multiplicação:

125

Consumo Medido:

125

FCAM*

Consumo Faturado:

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Irregularidade:

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 UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse

Ligação

Número Medidor

Poste

Código Fat.

Média 12 meses

RESID. BX. RENDA

MONO

A467836

1.4.1.1

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:

0 A 30 - 0,210560

31 A 100 - 0,360950

101 A 125 - 0,541430

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO

30 A R\$ 0,281264 = 8,43

70 A R\$ 0,482153 = 33,75

25 A R\$ 0,723238 = 18,08

13,00

40,18

CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)

DIFERENÇA DE TARIFA

SUBVENCAO BAIXA RENDA

CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00

MULTA POR ATRASO 11/19-00

JUROS POR ATRASO 11/19-00

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,96

1,81

0,61

1,12

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano Valor R\$

12/2019 100,12

AVISO DE DEBITOS VENCIDOS
Informamos existirem debitos vencidos no valor de R\$
XXXXX100,12 (sem acrescimos legais) ate esta data. Caso o(s)
debito(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 FACA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

70E5.F7C7.9666.F7AC.B91A.AF25.A802.6F6D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição: 22,01
Energia: 42,50
Transmissão: 7,19
Encargos: 3,51
Tributos: 25,23

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Base de Cálculo: 100,44 78,35
Alíquota ICMS: 22,00%
Valor do ICMS: 22,09
Valor do PIS: 0,71% 0,56
Valor do COFINS: 3,30% 2,58

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC			FIC		DMIC	DICRI
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal

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

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0265957

Data: 12/10/2019

Funcionário: EDIMAR

Registro: 807

Hora: 07:45:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha **7**

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 FÁTIMA SOARES BARBOSA

Civil: _____ CEP: 64300-000

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Pai: FRANCISCO VALDEMI MENESES

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 07:49:52

Prioridade:

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

Queixa/História: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. (SUTURA).

Alergias: ALERGIA A DIPIRONA.

Medicação Usual:

PA: 110x80 mmHg

TAX: 36°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor: _____

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: 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

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Médico Responsável

FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES
Paciente ou Responsável

quatorial
ENERGIA
cepisa

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

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0459788-5

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 - VALENÇA DO PIAUÍ

ROT: 23.750.03.56.079400

DADOS DA LEITURA		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	Dias de Consumo:	32
	Código de Irregularidade:		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A277713		1.1.1.1	196

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 194	CONSUMO 203 A R\$ 0,974683 = 197,86
JUL/19 185	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 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 O PCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Até o dia 01/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode pagar pela conta 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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição:	38,92	Base de Cálculo:	197,86	144,43
Energia:	75,19	Alíquota ICMS:	27,00%	
Transmissão:	12,71	Valor do ICMS:		53,42
Encargos:	6,22	Valor do PIS:	1,40%	2,03
Tributos:	64,82	Valor do COFINS:	6,40%	9,37

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	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 ORFTE								
Período de apuração:						07/2019	EUSD:	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: 053.072.893-16 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO DIEGO SOARES MENESSES

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 MENESSES 6 - CPF: 053.072.893-16
7 - Profissão: NÃO INFORMADO 8 - Endereço: RUA DEP. JOSE MUNKS 9 - Número: 879 10 - Complemento: IMBANO
11 - Bairro: AMANDO LIMA 12 - Cidade: VALENÇA 13 - Estado: PIAUI 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 comprovar anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL (001)

AGÊNCIA: 2761 8 CONTA: 26890 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Líder 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 ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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, e, em da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, VALENÇA PIAUI 15/10/2020

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

Data/Hora

12/10/2019 - 06:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES

RG: 3214266 SSP/PI

Mãe: MARIA DE FÁTIMA SOARES BARBOSA

Pai: FRANCISCO VALDENIR MENESES 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

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 MENESES

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.

CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM 12/10/2019 VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 21/10/2019

Ana Claudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCRIVENTE

Emol.: 2,48 TJ-0,50 INP-0,06 Selos: 0,26 Total: 3,30

Selo: abx.29903 (F161F35)

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Rua Euripedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (86) 3465-1173



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: 122451.001043/2019-16

Gerson Vasconcelos Fortes - Mat.
AGENTE DE POL

Francisco Diego Soares Menezes
FRANCISCO DIEGO SOARES MENESES - Noticiante
Responsável pela Informação

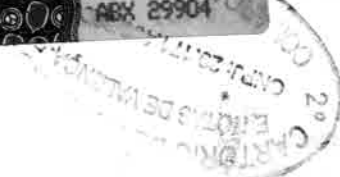
Luccy Keiko Leal Parafina
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 195.331-7

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Rua Eurípezes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1174

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS, DOU FE EM TEST. DA VERDADE.
VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 21/10/2019.

Ana Cláudia Melão Lopes Ferreira Chaves Barbosa-ESCREVENTE
Emol.: 2,49 TT: 0,00 TTP: 0,00 Selo: 0,30 Total: 3,30
Selo: abx.29904 (F160055)

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 Valença 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 COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: VÍTIMA 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
() Sim (X) 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 (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>(X) "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- 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


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

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 MENDES

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

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 comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 001 BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Líder 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)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devolva, 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.

34 -

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Valença RJ, 15/01/2020

Francisco Diego Soares Mendes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Ag-2761-8
CL-26890-9

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

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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 12/10/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DIEGO
SOARES MENESES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

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 MENESSES **Data do acidente:** 12/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valoração 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		
CPF:	RG:	ÓRGÃO EMISSOR:
053.072.893-16	3.214.266	SSP/PI
ENDEREÇO:		Nº
RUA DEP. JOSE MENEZES		879
BAIRRO:	CEP:	COMPLEMENTO
AMANDO LIMA	44.309.000	URBANO
CIDADE/UF:	Tel. (DDD)	
VALENÇA DO PIAUÍ		

OUTORGADO

NOME COMPLETO:		
GIVALDO DO NASCIMENTO		
CPF:	RG:	ÓRGÃO EMISSOR:
972.544.783-68	2.112.027	SSP/PI
ENDEREÇO:		Nº
RUA ANTONIO LUIS		7780
BAIRRO:	CEP:	COMPLEMENTO
AMANDO LIMA	44.309.000	URBANO
CIDADE/UF:	Tel. (DDD)	
VALENÇA DO PIAUÍ	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 reagendamento, 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 - DANO	ACIDENTE OCORRIDO DIA:	12/10/2019

Francisco Diego Soares Menezes

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer por Autenticidade)

VALENÇA DO PIAUÍ/12/10/2019

Local e Data



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

Rua Eurípedes Martine, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCISCO DIEGO SOARES MENESSES. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 21/10/2019. Emol.: 3,85 - TJ: 0,77 - FMP: 0,10 - Selo: 0,26 Total: 4,98 Selo: abt. 68929 (F16054)

Ana Cláudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCRIVENTE



Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa
Escrivente Autorizada

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valoração 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