

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Fábio Inácio de Oliveira Moura  
RG: 2.214.600 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 011.051.943-45  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Servente  
Endereço: Rua: Vereador Otávio Braga Nº 2545  
Bairro: Planalto Inúncio Cep: 64060-363 Cidade/UF: Teresina - PI  
Telefone: (86) 99566-0713 (86) 99512-2565 ( )

### OUTORGADO:

Nome: Antonia Cláudia Araújo Ferreira  
RG: 1866292 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 296.411.498-65  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Autônoma  
Endereço: Rua Marechal Lot Nº 5850 A  
Bairro: São Francisco Cep: 64009-720 Cidade/UF: Teresina - PI  
Telefone: (RG) 98861-9597 (86) 99527-1808 (86) 99566-4205

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar 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 praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato; afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Fábio Inácio de Oliveira Moura  
CPF: 011.051.943-45 Data do Acidente: 15/05/2019  
Cobertura solicitada: ☒ Invalidéz Permanente ( ) DABS ( ) Morte

Teresina - PI 19/08/2019  
Local e data

Fábio Inácio de Oliveira Moura  
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



**TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
Rua Lacerda, 1221 - Centro - CEP: 64020-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3211-4028 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br  
Tribunal: Justiça do Estado do Piauí

ONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FABIO INACIO DE VEIRA MOURA. DOU FÉ. EM TEST. da DA VERDADE. esina-PI, 19/06/2019.  
Selo: AAH59129-FWMT  
tjpi.jus.br/portalexta.

Jessica Aline de Meneses Silva  
sica Aline de Meneses Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA  
1:3,85 TJ:0,77 PMMP/PI:0,10 Selo:0,25 Total:4,98 - OP:424  
URACAO PARTICULAR

**CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
**CONSULTE O SEU**  
**DIGITAL**

**CARTÓRIO THEOTOCLES SAMPAIO**  
**3º OFÍCIO DE NOTAS**  
**Jessica Aline de Meneses Silva**  
Escrivente Autorizada  
Teresina - PI

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289075/19

**Vítima:** FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA

**CPF:** 011.051.943-45

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 05/05/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA : 296.411.498-65

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

### FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA : 011.051.943-45

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/08/2019  
Nome: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA  
CPF: 296.411.498-65

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

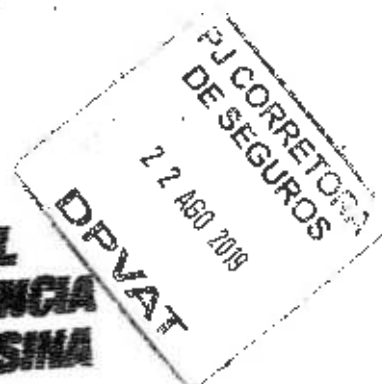
Data do cadastramento: 22/08/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Alto



HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA



NOME DO PACIENTE: Fabio Inacio de Oliveira Moura  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 128238

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1825 - Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA  
NEUROLOGIA  
CIRURGIA GERAL

Imp: 15/05/2019 22:52:31  
(User: PERICLES)  
(Bateção: CONSULTA03)

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA</b>		Prontuário: <b>128238</b>	
Mãe: <b>JOANA BATISTA DE OLIVEIRA</b>	Pai: <b>ANTONIO INACIO DE MOURA</b>		
End. Resid.: <b>RUA VEREADOR OTAVIO BRAGA 2595 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b>			
Nascimento: <b>07/09/1984</b>	Idade: <b>34a8m8d</b>	Sexo: <b>Masculino</b>	Fone: <b>86- 9447-3710</b>
Responsável: <b>JOANA</b>	CNS:		
Profissão: <b>MOTOQUEIRO</b>	Documento: <b>RG: 2214600 - PI</b>		
G. Instrução: <b>Médio Incompleto</b>	E. Civil: <b>Solteiro(a)</b>		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>721870</b>	Entrada: <b>15/05/2019 22:42:04</b>	Convênio: <b>S U S</b>	Proced: <b>0301060361</b>
Motivo da Procura Informe Paciente/Acomp: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)</b>			
Condução: <b>AMBULÂNCIA DO SAMU</b>			

### DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: <b>Indefinido</b>
Breve História Clas. Risco:		<b>DPVAT</b> <b>22 AGO 2019</b> <b>DE SEGUROS</b>

SSVV: (Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

Peso: **0,80 Kg** Altura: **0,03 M** IMC: **0,00 Kg/m2** Pulso: **bmp** Pressão: **mmHg**

### Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

POLITRAUMA - COLISÃO MOTO-CARRO (MOTOCICLISTA);  
CONDUZIDO POR SAMU AVANÇADO, EM IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL.

- A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, VERBALIZANDO.
- B: EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, MV + AHT.
- C: ABDOMEN INOCENTE. FC 98bpm. ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE.
- D: LIBERAÇÃO ALCOÓLICA. GLASGOW 15.
- E: AUSÊNCIA DE ESCORIAÇÕES EM MEMBROS.

CONDUTA: TC CRÂNIO/CERVICAL; RX TÓRAX/PELVE.

Diagnóstico Inicial:

?

### Exames Complementares:

- (1217600) - T.C. DE CRÂNIO
- (1217601) - T.C. DE COLUNA CERVICAL
- (1217602) - TÓRAX PA

### Prescrição Médica:

- DIFTRONA 1g + AD IV

AUT DR. ZENON ROCCO  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: **Crânio e Cervical**  
DATA: **15.05.2019**  
**22:55**

RAIO-X REALIZADO

DATA **15/05/2019**

Técnico: **[Assinatura]**

### Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto):

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Alexandre Costa  
CRM-PI 5861

Assinatura Paciente ou Responsável

PERICLES CERQUEIRA DE SOUSA  
CRM: 3446 Em: 15/05/2019 22:52:30

# WCA 15/05/19 (22:57h).

Relato de colisão moto x carro  
Gravidade de danos materiais de  
danos intrínsecos. R de U. amarelo vermelho.

Cr (4) 100 no reconhecimento  
(2) R de U. carro e processo.



\* O. Depoimento - 15/05/19

Primeira refe. realizada em 15/05/19  
Ao exame: de 2 exames feitos pilhas, com quem se deu? mobilização  
de MM II

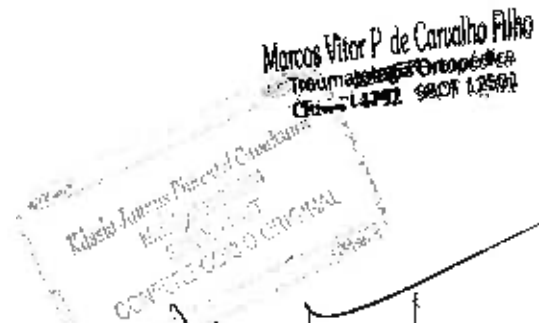
15 - Exame 2. out. pilhas em situação de risco  
ca: O. Depoimento para cirurgia Após LIBERAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

15/05/19

23h50 - Cirurgia Geral

Admissional recente - R de U. sem alterações

Alta da Cirurgia Geral - for cuidados da Ortopedia para avaliação de lesão de  
membros inferiores.



Alexandre J.  
Médico  
CRM-PI 8861



239138

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da  
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

239138

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA

6 - Prontuário: 128238

7-CNS:

8-Nascimento: 07/09/1984

9-Sexo: Masculino

RG: 2214600 - PI

11-Mãe: JOANA BATISTA DE OLIVEIRA

12-Fone: 86- 9447-0710

13-Resp: JOANA

14-Cor: Sem Informação

15-Ende: RUA VEREADOR OTAVIO BRAGA 2595 - PLANALTO ININGA - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. ISGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

Ruptura traumática da sínfise púbica

24-CID Prim:

S934

25-CID Sec.:

26-CID C.Rss.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408040254

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO

Tempo SUS

10

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

746.635.933-72

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

15/05/2019

35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-Nota Bilhete:

43-CNAE Empresa:

41-Série:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANTONIO RUIRIVAN)

Consulta Local: 721870

Consulta SUS:

Impressão: 15/05/2019 11:41:06



239138

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

205792

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>239138</b>
3-Nome do estabelecimento executor: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA</b>	6 - Prontuário: <b>128238</b>
7-CNS: <b>8-Nascimento: 07/09/1984 9-Sexo: Masculino</b>	RG: <b>2214600 - PI</b>
11-Mãe: <b>JOANA BATISTA DE OLIVEIRA</b>	12-Fone: <b>86- 9447-0710</b>
13-Resp: <b>JOANA</b>	14-Cor: <b>Sem Informação</b>
5-Endere: <b>RUA VEREADOR OTAVIO BRAGA 2595 - PLANALTO ININGA - CEP: 64000-010</b>	
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod. ABGE: <b>221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010</b>

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:	CORRETORA DE SEGUROS 22 ABO 2019 DPVAT		
trauma de pelve com disjunção de sínfise púbica			
21 - Condições que justificam a internação:			
Necessidade de cirurgia			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):			
Exame clínico e radiológico			
23-Diagnóstico Inicial:	24-CID Prim:	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass.:
captura traumática da sínfise púbica	S334		

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27-Procédimento Solicitado: <b>0408040262 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO</b>	Tempo SUS <b>7</b>
29-Clinica: <b>30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 887.204.893-15</b>	<b>Marcos Vitor P. de Carvalho Filho</b> Traumatologia Ortopédica CRM-F14792 SBO112501 35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO</b>	34-Data Solicitação: <b>15/05/2019</b>

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36- ( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- ( ) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documeto: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:
50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <b>x Joana Batista</b>	Usuário: (MARCOS VITOR; Consulta Local: 721870 Consulta SUS; Impressão: 15/05/2019 23:48:37





**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente Roberto Inácio de Oliveira Moura

Diagnóstico pré-operatório Distúrbio da pele

Operação - Tipo Artroscopia

Cirurgião Lauro 1º Assistente Denise

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a) Enstiane Anestesiologista Cláudio Anestesia Raque

Anestésico(a) Neocaina pesada + morfina + fentanil

Data da Operação 16-05-19 Início 11:00 h Fim 12:00 h

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① Artroscopia ② Artroscopia ③ Artroscopia  
④ Artroscopia ⑤ Artroscopia ⑥ Artroscopia  
⑦ Artroscopia ⑧ Artroscopia ⑨ Artroscopia  
⑩ Artroscopia ⑪ Artroscopia ⑫ Artroscopia



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA  
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>239138</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA</b>			6 - Prontuário: 128238				
7-CNS:		8-Nascimento: 07/09/1984		9-Sexo: Masculino		RG: 2214600- PI-Exp:	
11-Mãe: JOANA BATISTA DE OLIVEIRA						12-Fone: 86- 9447-0710	
13-Resp: JOANA						14-Fone: 86- 9447-0710	
15-Endere: RUA VEREADOR OTAVIO BRAGA 2595 - PLANALTO ININGA - CEP: 64000-010							
16-Munic: TERESINA		17-Cod.IBGE: 221100		18-UF: PI		19-CEP: 64000-010	

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408040254		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO	
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- data:
0702030937	PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)		1
Fornecedor da OPM: PIMES			

38-Profissional Responsável: <b>LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	
39-Data Solicitação: <b>16/05/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>746.635.933-72</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Justificativa com foto placa placa*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF:
50-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>/ /</b>	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ANTONIO EURIIVAN)

# MEDICARDIO

CENTRO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

**MEDICARDIO CENTRO CLÍNICO CARDIOLÓGICO  
LTDA**

Emissão:  
19/06/2019  
15:34:55

Página...1/1

**FÁBIO INÁCIO DE OLIVEIRA MOURA**  
PORTAL SAUDE  
Dr. JAMERSON M. DE LEMOS JR.  
057479.01

Idade: 34 anos  
Sexo: MASC  
Data: 19/06/2019 15:34:00  
{CPF}

## RX DA BACIA

### ACHADOS:

Sinais de diástase da sínfise púbica, com fixação por placa e parafusos metálicos, com discreta diástase remanescente.

Estruturas ósseas com textura e densidade normais.

Superfícies e espaços articulares coxofemorais e sacroilíacos sem alterações.

Partes moles sem alterações.

### CONCLUSÃO:

Sinais de diástase da sínfise púbica, fixada por placa e parafusos metálicos, com discreta diástase remanescente.



DR. LEONARDO AUGUSTO COSTA MARTINS  
CRM 3085

R. Olavo Bilac, 1660/Centro-Sul  
Teresina - PI CEP: 64001-280  
Fones: 3303-1256\*3303-4401

Medicardiopi  
 Medicardiopi  
 99915-0202

DPVAT

[illegible]

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

22 AGO 2019

DPVAT

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
JESSICA ALINE DE MENESES SILVA  
Escritorinha Autorizada  
Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Lázaro Magalhães, 1123 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3271-0100 - E-mail: themistocles@teresina.pi.br

Autentico a presente fotocópia que é reprodução fiel do  
ORIGINAL, E DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.

Teresina-PI, 19/08/2019.

SELO: AAH59132-WGCH - www.t3pi.com.br/portalextra

Jessica Aline de Menezes Silva - ESCRITURANTE AUTORIZADA  
Emol: 2,40 TJ: 0,50 FMAP/PI: 0,06 Selo: 0,26 Total: 3,22 - Op: 424

RG

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

2.214.600

01/08/18

FÁBIO INÁCIO DE OLIVEIRA MOURA

JOANA BATISTA DE OLIVEIRA

ANTONIO INÁCIO DE MOURA

TERESINA-PI

07/09/1984

CERT. NASC. 112269 L 143A F 256

EXP TERESINA-PI 09/12/91

011.051.943-45

LEI Nº 7.116 DE 20/08/03 - DECRETO Nº 48.599/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Foto de Fábio Inácio de Oliveira Moura

Fábio Inácio de Oliveira Moura

CARTERA DE IDENTIDADE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - INSTITUTO DE FÍSICA  
Av. Prof. Carlos Chagas, 150, Bloco de Física - 205 - 20.940-000, Rio de Janeiro - RJ  
Telefone: (021) 223 2000 ou 115 / (06) 98324-3199

26849556-1

HOME: 507-8100

MOZADOR ANTONIA MARIA A FERREIRA

RUA MAL LOT, 5859A-SAO FRANCISCO-TERESINA-PI-cep: 64009720

LDX AL245AD

016-00038-000135

62/10  
 436

NÚMERO DO HIDRÔMETRO  
Y10N30630

245705JOU DE CONSUMO

MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
04/2019	Lido	12	12
03/2019	Lido	43	12
02/2019	Lido	37	10
01/2019	Lido	16	50
12/2018	Lido	32	14
11/2018	Lido	23	13

SECRET

1 Residencial - Normal

	DATA	REVENHA
ANTERIOR	24/04/2019	662
ATUAL	24/05/2019	677

2000-2001

—

5-2-11-9

COPIES 48,162,000 3.04

### TABLE 1. DETAILS

### DEFINIÇÃO DOS SÍMBOLOS DA FÁBULA

RESIDENCIAL			
TABELA DE CONSUMOS MENSUAIS (m³)			
M	20	2.345	02
18	25	5.888	06
08	99999	9.152	00

225:5

VALOR REFERENTE AGUA - 39,05  
 > Residencial-Normal  
 JUROS POR ATRASO  
 MULTA POR ATRASO

其

414-07

12,0 m3	39,05
03/2019	0,15
03/2019	0,98

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
22 AGO 2019  
DPVAT

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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/BSILOTECAWEB/DDCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=19636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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.

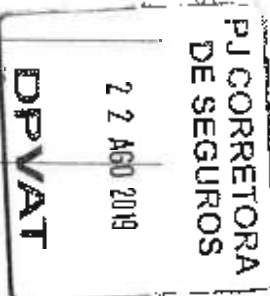
Pelo exposto, eu Antônia Cláudia Araújo Ferreira  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 296.411.498 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Fábio Inácio de Oliveira Moura inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.051.943 / 45  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Fábio Inácio de Oliveira Moura  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.051.943 / 45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua: Marechal Lott</u>	Número: <u>5859</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Vila São Francisco</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64009-720</u>	Tel./DDD: <u>86-99866-4205</u>

Local e Data: Teresina - PI 20 de agosto de 2019

Antônia Cláudia Araújo Ferreira  
Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidorfe: 0800 021 91 35

Eu, Antonio Inacio de Moura

RG nº 218.692, data de expedição 20/07/2016

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 133.028.683-91

com domicílio na cidade de Terresina, no Estado de

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

Rua: Vereador Otavio Braga; B: Planalto Iminga 2595

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

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

Fábio Inácio de Oliveira Moura, cujo o condutor era

Fábio Inácio de Oliveira Moura

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda / NXR 150 BROS ES Ano: 2014

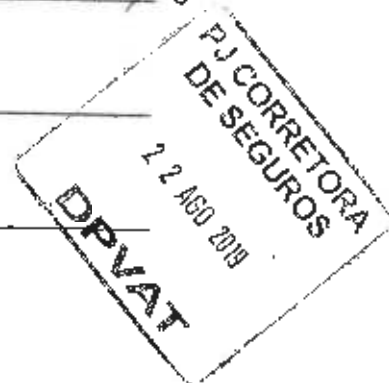
Placa: PIA-9333 Chassi: 9C2K D05506R330803

Data do Acidente: 15/05/2019

Local e Data: Terresina-PI 19 - A gosto 2019 (19.08.2019)

Antonio Inacio de Moura  
Assinatura do Declarante

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



**TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
Rua Lázaro Magalhães, 103 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3214-0100 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br  
Fóruns: Audiência Gratuita de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO INACIO DE MOURA. DOU FE. EN TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 19/08/2019. São: AAH59130-9A7M  
[www.cjpi.jus.br/portalexta](http://www.cjpi.jus.br/portalexta)

Jessica Aline de Meneses Silva, ESCRIVÃO AUTORIZADA  
Emol:3.85 TJ:C.77 SMMP/PI:0.10 Selo:0.26 Total:4.99 - OP:424  
DPVAT PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

**CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO**  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Jéssica Aline de Meneses Silva  
Escrivão Autorizada  
Teresina - PI

**CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
**CONSULTE O SELO DIGITAL**



**COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARANÁ**  
**CEPISA**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARANÁ  
Av. Maranhão 756 - Centro - Curitiba - PR  
CNPJ nº 04.847.147/0001-05 - Insc. Estadual: 19.351.265-0  
Nota Fiscal: 1 - Cota de Energia Elétrica - Sem 8 - 1  
Regime especial de tributação autorizado pelo SEFAZ/PR nº 00458

Para conferir  
conosco, informe  
o seu NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0094557-9

Nº da Nota Fiscal 023837997

A Junta Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	05/07/2019	151	144,51

JOANA BATISTA DE OLIVEIRA  
R. VER OTAVIO BRAGA 2595 2595 PLANALTO ININGA

CPF: 00046252606391

CEP: 64.050-165 - FEFESTINA

DATA DA LEITURA	
Atual:	28/06/2019
Anterior:	29/05/2019
Próxima leitura:	30/07/2019
Emissão:	27/06/2019
Aprovação:	27/06/2019
Quota de Consumo:	28/06/2019
Forma de Faturamento:	Consumo de Energia Elétrica
Classe/Subclasse:	Normal
Unidade:	Unidade
Número Medidor:	151
Posto:	Posto
Código Fato:	50
Módulo:	12 meses

DESCRIÇÃO DA CONTA 1.1.1.1 210

MÊS	CONSUMO	VALOR
MAI/19	187	129,47
ABR/19	160	11,16
MAR/19	139	0,30
FEV/19	151	3,26
JAN/19	197	0,32
DEZ/18	125	
NOV/18	265	
OUT/18	115	
SET/18	368	
AGO/18	334	

SPRINTER EM EXCLUSÃO  
VIA 151 - J.61597E

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 30  
Parabéns! Até o dia 27/06/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
22 AGO 2019  
PRVAT

RESERVADO AO FISCO									
Código de Produto: 11					Código de Produto: 11				
991. E972. A3BC. 1103. 8C6A. E607. C085. 0A8D									
Distribuição					Base de Cálculo:				
Energia:	27,21				Alíquota ICMS:	129,47	100,00		
Transmissão:	52,57				Valor do ICMS:	22,60%			
Encargos:	3,89				Valor do PIS:				
Tributos:	4,35				Valor do COFINS:	1,40%	26,48		
	36,45					6,49%	1,42		
INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	Atual	Trimestral	Anual	Trimestral	Atual	Trimestral	Anual	Trimestral	Atual
Unidade	5,19	10,39	20,77	3,36	6,73	13,45	2,94		
Resposta	0,00			0,00			0,00		
Consumo	0,00			0,00			0,00		

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

011.051.943-45

4 - Nome completo da vítima:

Fabio Inacio de Oliveira Moura

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

5 - Nome completo:

Fabio Inacio de Oliveira Moura

7 - Profissão:

Servente

8 - Endereço:

R. Ven Otavio Braga

6 - CPF:

011.051.943-45

11 - Bairro:

Planalto d'Imingo

12 - Cidade:

Turima

9 - Número:

2595

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

14 - CEP:

64.050 - 165

16 - Tel. (DDD):

(86) 99566 - 0713

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0855

CONTA: 60958

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (s) (vivo(s)?)

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

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 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 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Turima - PI 29 de agosto de 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

S.001 V002/2019



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 2616	02 Data do chamado 15/05/19	03 PRO (código) 0855	04 Saída do PA 2202	05 Chegada ao local 2245
	06 Saída do local 2207	07 Chegada ao 1º hospital 2210	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Homero C. Pereira	11 Bairro Santa Floríbel	12 Município-UF Teresina-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Ibama				
Dados do Paciente	14 Nome Rafael Inacio de Oliveira Moura	15 Sexo 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado	16 Idade 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado 09/08/1989		
	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indicador de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espandimento 03 - Agressão física-FAE 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança 1 - Capacete 2 - Cinturão de segurança 3 - Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 4 - Nenhuma 5 - Orientada 6 - Confusa 7 - Palavras inapropriadas 8 - Palavras incompreensíveis 9 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 6 - Nenhum		24 Sinais vitais Pulso 100 Resp. 20 PA 120/80 TAX. 100 SatO2 98
	25 Local da lesão 				
Assistência	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 4 5 6 7 8 9 10		
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 1 - Aspiração 2 - Oxigênio 3 - Curativos 4 - Prancha longa/corta 5 - Colar cervical 6 - Kred 7 - Imobilização de extremidades 8 - Reanimação cardiopulmonar 9 - Assistência obstétrica 10 - Glicemia 11 - Acesso Venoso 12 - Medicamentos a) 13 - Medicamentos b) 14 - Medicamentos c)		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT		33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		
	34 Obito 1 - Sim 2 - Não 3 - Antes do socorro 4 - Antes do transporte 5 - Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar Paciente refere dor em USD.				
	CONFERE COM O ORIGINAL Martha Veloso Camanho Gerente Administrativa (SABU)				
Responsável pela recepção Alexandre		Socorristas Médico AE/TE João da Cruz		Enfermeira Conduzir Silvana	



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003143/2019-51**

Complementar ao BO Nº: 100203.003142/2019-05

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 19/08/2019 - 15:22

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. HOMERO CASTELO BRANCO, Nº:

Complemento

Data/Hora

15/05/2019 - 21:30

Bairro

HORTO FLORESTAL

Ponto de Referência

IBAMA

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA

RG: 2214600SSPPI

Mãe: JOANA BATISTA DE OLIVEIRA

Endereço: RUA VEREADOR OTAVIO BRAGA, Nº 2595

Bairro: PL ANATOLINO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante


**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

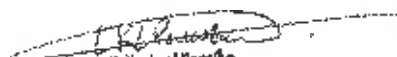
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O NOTICIANTE/VITIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA/NXR150 BROS ES, COR VERMELHA ANO 2014/2014, PLACA PIA-9333, DE PROPRIEDADE DO SR. ANTONIO INÁCIO DE OLIVEIRA, QUE A CONDUTORA DO VEÍCULO-II CARRO INVADIU A PREFERENCIAL QUE MOTIVOU O ACIDENTE, EM SEGUÍDA EVADIU-SE DO LOCAL, O NOTICIANTE/VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT.PRONTUÁRIO DE Nº128238. É O REGISTRO.

  
Edvar Ferreira Nunes - Mat.  
AGENTE DE POL.

FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA - Noticiante  
Responsável pela Informação

  
Lucy Keiko Leal Parreira  
Delegada Geral de Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

011.051.943-45

4 - Nome completo da vítima:

Fabio Inacio de Oliveira Moura

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

5 - Nome completo:

Fabio Inacio de Oliveira Moura

7 - Profissão:

Servente

8 - Endereço:

R. Ven Otavio Braga

6 - CPF:

011.051.943-45

11 - Bairro:

Planalto d'Imingo

12 - Cidade:

Turima

9 - Número:

2595

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

Piaui

14 - CEP:

64.050-165

16 - Tel. (DDD):

(86) 99566-0713

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  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0855

CONTA: 60958

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vários)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

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 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 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Turima - PI 29 de agosto de 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

22 AGO 2019

DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013936245257  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 01008663520 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME  
ANTONIO INACIO DE MOURA

CPF / CNPJ 13302868391 PLACA PIA-9333

PLACA ANT / UF 9C2KD0550ER330803

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NEHUMA COMBUSTIVEL ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP. POT. / CL. 02P/0149CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO

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

SEGURO 2.600,00 OBSERVAÇÕES

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC REN DA

LOCAL TERESINA DATA 31/01/2019

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013936245257 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 31/01/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 13302868391 PLACA PIA-9333

RENAVAM 01008663520 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2014 CATEG. 09 Nº CHASSI 9C2KD0550ER330803

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FMS (R\$) 000,00 DENATBAN (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00 TOTAL SERVIÇOS PRESTADOS (R\$) 081,58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 31/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.548.609/0001-04