

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA DO PISU  
Mês/Ano: 01/2018 - Consumo: 17086 kWh  
Código do Cliente: 4161.4796.8304.0420.E934.FF73.23BF.90AD  
Código do Medidor: 17086  
Código do Grupo: 01/2018  
Tipo de Consumo: 01/2018

Nº da Nota Fiscal: 000978301

A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida em nome do cliente e não do consumidor.



**JANEIRO/2018** 30/01/2018 271 247,25

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CPF: 00084017317391  
CPF: 64.002.173-1 - TERESINA

ROT: 16.001.29.62.127880

Consumo	Valor	Consumo	Valor
Consumo	17086	Consumo	22/01/2018
Consumo	16815	Consumo	22/12/2017
Consumo	1,000	Consumo	22/02/2018
Consumo	271	Consumo	22/01/2018
Consumo	271	Consumo	22/01/2018

NORMAL

Consumo	Valor	Consumo	Valor
Consumo	17086	Consumo	22/01/2018
Consumo	16815	Consumo	22/12/2017
Consumo	1,000	Consumo	22/02/2018
Consumo	271	Consumo	22/01/2018
Consumo	271	Consumo	22/01/2018

Consumo	Valor	Consumo	Valor
Consumo	17086	Consumo	22/01/2018
Consumo	16815	Consumo	22/12/2017
Consumo	1,000	Consumo	22/02/2018
Consumo	271	Consumo	22/01/2018
Consumo	271	Consumo	22/01/2018

DEZ/17 314  
NOV/17 416  
OUT/17 385  
SET/17 435  
AGO/17 353  
JUL/17 215  
JUN/17 431  
MAI/17 298  
ABR/17 213  
MAR/17 224

CONSUMO 271 A R\$ 0,807343 = 218,78  
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 18,30  
CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00 0,50  
MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,08  
JUROS DE MORA DE IMPO 11/17-00 2,59  
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 2,34

LIQUE 0800-086-0800 E FAÇA OPÇÃO MENCIONADO 1 5 10 15 20 25

4161.4796.8304.0420.E934.FF73.23BF.90AD

43,53 82,79 13,02 13,19 66,25

218,78 25,00% 54,69 2,05 9,51

4,83 9,67 19,34 3,11 6,22 12,45 2,69

0,00 0,00 0,00

TERESINA-MACAUBA 11/2017 121,33

ROT: 16.001.29.62.127880

0051869-7

01/2018

30/01/2018

000978301 FCAM

836300000002 0 47250017000 7 00000000051 3 86970118008 3

00061 UC: 0051869-7 DT. LEIT.: 22/01/2018 T. ENTR.: 09

LEITURA: 17086 NORMAL TOTAL: 247,25 CARGA: 019

DT. VENC.: 30/01/2018 IRRFG.: 000 COLETOR: 2181

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
02 FEV 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-170

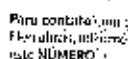


ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ANGELO PEREIRA - HMNAP  
FRONTEIRAS - PI  
ASSEPLAN - CENTRO DE INFORMAÇÕES

CLIENTE: José Nto E da Lacerda ENF: 05 LEITO: 06

DIAGNÓSTICO:

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	RUBRICA
10.07.17	Paciente admissão na unidade hospitalar por B. Exatidão Rubrica na hipotese e da colheita da glicemia metabólica, laboratório, orientado do processo. Com insensação por do corpo após medidas higiênicas, leve com o tempo e a pr. de m.b. Nenhum laudo anormal. Dia da e com o corpo prático. Segue na unidade da equipe SSV: PA: 120 x 90 mmHg, T: 36°C	
30.03.17	Paciente consciente, orientada, calma. Apresenta hemorragia na veia e a dia. <del>Sob o</del> realizou sutura em pe de MID. Deambula com auxílio. Diurese e evacuações presentes SSV: PA: 110 x 70 mmHg, T: 37°C	Dr. Antônio Augusto de Almeida Enfermeiro COREN-PI 928 926
31.03	Paciente em repouso no leito, consciente, orientada, deambula com auxílio, com edema em pe de MID, agitação, eufórico, diurese e evacuações presentes SSV: PA 120 x 90 mmHg, T: 36°C. Segue sob os cuidados da equipe.	Dr. Antônio Augusto de Almeida Enfermeiro COREN-PI 928 926
07.17	Paciente em repouso no leito, calma, eufórica, agitação comunicativa, estado de humor regular, diurese e evacuações presentes SSV: PA 120 x 90 mmHg, T: 36°C. Segue sob os cuidados da equipe.	Dr. Antônio Augusto de Almeida Enfermeiro COREN-PI 928 926
01.04	Paciente em repouso no leito, orientada, eufórica, agitação, deambulando com auxílio, comunicativa, com edema em pe de MID, diurese e evacuações presentes SSV: PA: 130 x 80 mmHg, T: 36,3°C. Segue sob os cuidados da equipe médica e de enfermagem.	Dr. Antônio Augusto de Almeida Enfermeiro COREN-PI 928 926
02.04	Paciente em repouso no leito, calma, orientada, eufórica, deambulando com auxílio, diurese e evacuações presentes SSV: PA: 120 x 80 mmHg, T: 36°C. Segue sob os cuidados da equipe médica e de enfermagem.	Dr. Antônio Augusto de Almeida Enfermeiro COREN-PI 928 926



**SEACODKO**

0030715-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.745/0001-89 | Ins. Est. Ind. 19.301.183-5  
Rég. Fed. de C. e C. de Energia Elétrica - 50436-1  
Regist. Especial da Imprensa Intelectual sob 53192/2004

Nº da Nota Fiscal: 000146903

© Institutul Național de Energii Noi și Pădure în tranziție  
 pentru 2010-2025 și 2026-2050

DATA MES	INTEGRALE	CONSUMO (L/100KM)	TOTAL A Pagar (R\$)
JANEIRO/2018	17/01/2018	64	55,02

MARIA RODRIGUES DO R LACERDA  
CJ BELA VISTA 14 QD 63 CASA 14 BELA VISTA  
CPF: 00016058801320  
CEP: 64.030-150 - TERESINA

ROT: 5.001.17.03 140000

DADOS DE EFETUAÇÃO		DADOS DE EFETUAÇÃO	
Atual:	13767	Atual:	05/01/2018
Anterior:	13703	Assencia:	07/12/2017
Constante de multiplicação:	1,000	Assimilação:	06/02/2018
Causa da Modificação:	54	Finalização:	10/01/2018
Causa da Interrupção:	64	Assimilação:	18/01/2018

Plano Subsetor - 1.1.000504 UNIDADE CONSUMIDORA

Clase/Subclase	Alcance	Muestra Medidor	Posto	Código PUL	Módulo 72 metros
RESIDENCIAL	MONO	A1250648		1-1-1	148

HISTÓRICO		DESCRIÇÃO		VALOR	
Mês/ano consumo					
DEZ/17	53	CONSUMO	64 A R\$ 0,774885 =	49,59	
NOV/17	105	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		4,44	
OUT/17	430	CORRECAO MONETARIA IG 12/17-00		0,02	
SET/17	328	MULTA POR ATRASO 12/17-00		0,86	
AGO/17	128	JURGS DE MORA DE IMPO 12/17-00		0,11	
JUL/17	113	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,54		
JUN/17	128				
MAI/17	100				
ABR/17	86				
MAR/17	113				

TRIFA 801 TRIBUNE:  
2 P 64 - 8.503915

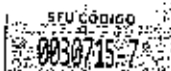
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO  
 Parabéns! Até a dia 27/12/2017 não constam faturas vencidas  
 nessa Unidade Consumidora

RESERVADO AO FISCO 5FCA.05DB.0365.383A.14F8.6948.9854.8F7A

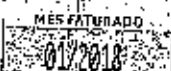
COMPOSIÇÃO DA ENTADA: R\$		COMPOSIÇÃO DOS TRIBUTOS: R\$	
Distribuição:	10,59	Bônus de Calcular:	49,59
Energia:	20,12	Adiql. de ICMS:	20,00%
Transmissão:	3,16	Valor do ICMS:	9,91
Eurargos:	3,20	Valor do PIS:	0,46
Impostos:	12,52	Valor do COFINS:	2,15

[illegible]

ROT: 5.001.12.03.140000



TOTAL A PAGAR - R\$ 55,02



VENCIMIENTO  
17/01/2018

Nº da Nota Fiscal: 000186903 FCAM

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ  
Avenida 755 - Caixa Postal - Belém - PA  
FONE 748/0001-50 Telex 51001 CBPA-B

CNPJ nº 06.940.748/0001-50 | E-mail: [contabilidade@b3b.com.br](mailto:contabilidade@b3b.com.br)

83620000000000000000 5 550200170000 3 00000000000000000000 7 715701180000 8



SEQ.: 00125 UC: 0030715-7 DT. LEIT.: 05/01/2018 T.FNTR.: 04  
LEITURA: 13767 NORMAL TOTAL: 55,02 CARGA: E03  
DT. VENC.: 17/01/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2151



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 146618.000004/2018-12**

Unidade de Registro: DP DE FRONTEIRAS

Resp. pelo Registro: Cicero Luz Alves

Data/Hora: 03/01/2018 - 09:35

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE FRONTEIRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FRONTEIRAS

Endereço

BR-230 CENTRO DE FRONTEIRAS/PI, Nº:

Complemento

Data/Hora

30/03/2017 - 08:15

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA

Mãe: MARIA CANDIDA DA CONCEIÇÃO

Pai: JOSÉ RIBEIRO LIMA

Endereço: SÍTIO TAMBORIL, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: FRONTEIRAS

Telefone(s): 89-9939-8692

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. CG 125 FAN

KGL5541

874290481

Vermelha

Condutor: JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA

End: SÍTIO TAMBORIL Número: Complemento:

Cidade: FRONTEIRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL.


**RELATO DA OCORRÊNCIA**

Que vinha conduzindo uma MOTO HONDA CG/125 FAN COR VERMELHA PLACA KGL-5541 RENAVAL 874290481, pela BR -230 no centro da cidade de Fronteiras/PI, quando uma moto saiu de uma rua transversal e colidiu com a sua moto vindo a cair pista de rolamento; Que foi socorrido pela ambulância local para o Hospital Norberto Angelo Pereira, em fronteiras/PI, onde deu entrada conforme Ficha de Atendimento, tendo sofrido lesões conforme Laudo Médico assinado pelo Dr. Sebastião Wagner Pereira Alves CRM-PI-1868.

Cicero Luz Alves - Matr. 1082787  
AGENTE DE POLÍCIA

JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA - Notificante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

 <b>SUS</b> SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	MINISTÉRIO DA SAÚDE	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HMNAP	2 - CNES 26941304
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HMNAP	4 - CNES 26941304

<b>Identificação do Paciente</b>	
5 - NOME DO PACIENTE José Nival Ribeiro Baranda	6 - Nº PRONTUÁRIO 28.106
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 819810101213174194161225	8 - DATA DE NASCIMENTO 06.05.1956
9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Maria Cândida da C. Lima	11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) St. Tamboril	
13 - MUNICÍPIO E RESIDÊNCIA Ineritinos	14 - COD. URG 2204303
15 - UF RJ	16 - CEP 6416191010101

<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Forte dor no peito noturno	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Dor Cho	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
20 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Inf. Aguda	21 - CID 10 PRINCIPAL I20
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA 03	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	29 - Nº DCTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA SOLICITAÇÃO 30.03.17
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS</b>	
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - Nº DO BILHETE
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE
39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - Nº DO BILHETE
41 - SÉRIE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO	

<b>AUTORIZAÇÃO</b>	
43 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADO
47 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0721204 ou 0800 0721206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)



**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Nelo Ribeiro De Lacerda

CPF da Vítima

096.591.703-78

Data do Acidente

30/03/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

(86) 3303-4104

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

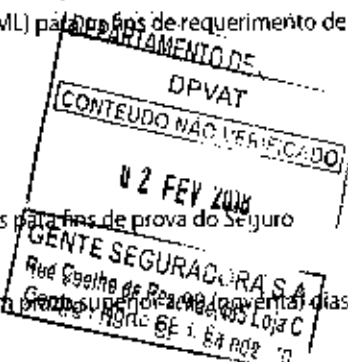
☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Teresina, 23 de Janeiro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal".

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

096.591.703-78

Jose Neto Ribeiro De Lucena

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Neto Ribeiro De Lucena	096.591.703-78	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
00-63 Casa 34	14	Casa
Bairro	Cidade	Estado
Bela Vista	Teresina	PE
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
	64030-15	(86) 3303-4104

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADefco (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

V30

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

3987

303.839 9

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina 23 de Janeiro de 2018

Local e Data

Jose Neto Ribeiro De Lucena

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1987 - PARQUE PIAUI, P:

DATA: 17/01/2018:

HORA: 10:50:38

TERMINAL: 1005

NSU: 630506

AUT: 0026

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 1987/013/80.103 839-9

NOME: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA

DEPOSITANTE:

JOSE NETO

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

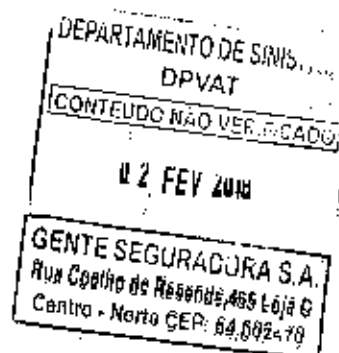
Informacoes, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 8101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

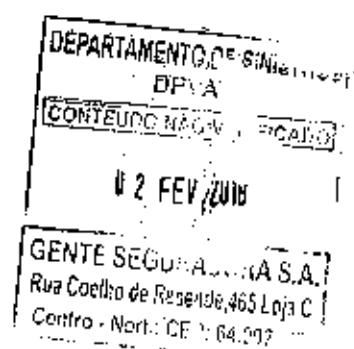
1ª Via - Via Cliente





Conta aberta com sucesso

Titular: JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA  
Agência: 1887 - PARQUE PIQUIL P  
Operação: 013 - Conta Poupança  
Número da conta: 05103830-9



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: Jose Neto Ribeiro De Lacerda

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Identidade: 419.733

CPF: 096.591.703-78

Profissão: Agricultor

Endereço: 00-63 Casa 34 Bela Vista

CEP: 64030-150

Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565

### OUTORGADO:

Nome: Nelle Roze Soares Marques

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 4.119.262

CPF: 840.173.173-91

Profissão: Recusante

Endereço: Rua 24 De Janeiro n° 544

CEP: 64000-235

Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565



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 assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Jose Neto Ribeiro De Lacerda

Teresina - PI 15/01/2018

Local e data



Jose Neto Ribeiro De Lacerda

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR: MARIA ADRIANA MARTINS ARAUJO DE ARAUJO  
RUA 7 DE SETEMBRO, 300 - CENTRO NORTE - CEP: 64001-010 - TERESINA-PI  
Fone: (86) 3303-4104 / 3301-0100 - E-mail: cartorio6@teresiananotario.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA  
TERESINA-PI 15/01/2018. Emol: 23,00 Total: 4,57  
Selos: 027.59439 (F250P286)

TERESINA-PI 15/01/2018. Emol: 23,00 Total: 4,57

Cartório do 6º Ofício de Notas  
Carla Teresa Vieira Silva  
Escrevente Compromissária



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180240671 **Cidade:** Fronteiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA **Data do acidente:** 30/03/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

**Sequelas permanentes:** EDEMA

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

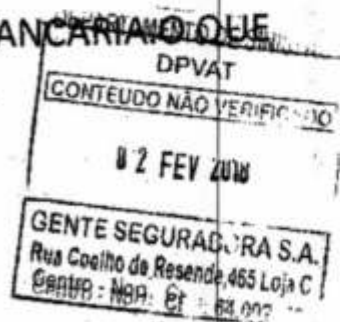
**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## DECLARAÇÃO

EU JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA RG,419.733 SSP-PI,DATA DE EXPEDIÇÃO 16/03/2016 CPF:096.591.703-78,COM DOMICILIO NA CIDADE DE TERESINA-PI,ONDE RESIDO NA Q-63 C-14 BAIRRO BELA VISTA II,DECLARO SOB AS PENAS DA LEI QUE NO DIA 30/03/2017 SOFRE ACIDENTE DE TRANSITO,NA BR-230 NO CENTRO DA CIDADE DE FRONTEIRAS QUANDO ESTAVA TRAVEGANDO NA PREFERENCIAL ,QUANDO UMA MOTO SAIU DE UMA RUA TRANSVERSAL E COLIDIU COM A MOTO, ,EU ESTAVA PILOTANDO UMA MOTOCICLETA DE PLACA KGL5541,COD RENAVAL 874290481 CHASSI 902JC30705R109861 MARCA MODELO HONDA CG 125 FAN ANO/MODELO 2005,DE PROPRIEDADE DE JOANA DARQUE MAGALHAES MARINS,ESTOU DANDO ENTRADA COM O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT.MAS A DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO NÃO SERA POSSIVEL FAZER,POIS O PROPRIETARIO DO VEICULO NÃO CONSEGUI LOCALIZA-LO,ESTOU COM SEQUELA DEFINITIVA,E TENHO O DIREITO DE RECEBER A INDENIZAÇÃO!TODOS OS DOCUMENTOS QUE COMPROVAM O ACONTECIMENTO ESTÃO JUNTO AO PROCESSO.PRONTUARIO MÉDICO B.O,DOCUMENTOS PESSOAS E CONTA BANCARIA QUE FALO É VERDADE, E DOU FE.



6º OFÍCIO

**JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA**

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR - MARIA ANGELA MARTINS ARAUJO DE ARAUJO LEAO  
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI  
FONE: (86) 3251-3540 / 3251-4754 - E-mail: carter@cartorio6ooficio.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.  
TERESINA-PI, 15/01/2018. Ass: 13,60 Jto: 72,50 Selo: 0,25 Total: 86,35  
Selo: 442.59438 (F290F286)

ALDENORA ALVES DE OLIVEIRA-ESCREVENTE COMPROVADA  
29/01/2018 15:11:21

Cartório do 6º Ofício de Notas  
Carla Teresa Vieira Silva  
Escritor(a) Comprova(a)



DECLARAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 MAR 2018
COMPANHIA S. A. Rua Coimão de Resende, 105 Loja C Centro - Norte CEP: 64.062.470



Eu, José Celso Ribeiro de Jacyde Brasileiro  
CPF 419.733.559 P, CPF 096591703-78 declaro  
para os devidos fins, que sofri acidente  
de trânsito na BR 230, no dia 30/03/2017 na  
cidade de Fronteiras PI. Eu trafegava numa  
moto na preferencial, quando uma moto  
saindo de uma rua transversal, e colidiu  
com a moto que eu andava, de placa  
KOL 5541 Renavam 8742904PI chassis  
NO 902JC30705R109861 marca HONDA CB125  
FAN ANO 2005, em nome de JOANA JACÉ  
MAGALHÃES MATHUS. Como ainda estou  
sem andar, e chamo com sequelas. Por  
fiz duas suturas, por pegou dois vidros, e  
uma fratura no calcâneo. Inclusive  
estou usando muletas definitivas, e  
sem condições de trabalhar. enviei  
uma pessoa minha, a procura de  
Joana JACÉ M. MATHUS, para que  
pegasse uma declaração dela, o mesmo  
não conseguiu encontrá-la. Na certeza  
de queerei avaliado e atendido, com os  
Requisitos que tenho, e todos os documentos  
que comprovam o acidente. O referido  
é verdade e dou fé.  
Tersina para 14 de março 2018.  
José Celso R. de Jacyde





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PE

Nº 6409457824

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA	CCC RENAVAM	RTB
1	87000000	XXXXXX
NOME/ENDEREÇO		
DANIEL RODRIGUES MAGALHÃES NARINE		
AV. EUGENIO DE CARVALHO, 547		
CASA 01 - CAÇIMBA NOVA		
CAD. J. BELMONT - PE 5590-000		
CPF/CGC	PLACA	
0071963702007	KEL 1511	

ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL
MOTO/MOTOCICLETA		GASOLINA
MARCA/MODELO		ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN		2005 2005
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
200/124CL	PORTA	BRANCO
OBSERVAÇÕES		
RES. DOM. EURIQO P. M. F. CAD. J. BELMONT		
Assinado: Ronaldo S. da C. Silva - 10/02/05		
Cadastrado em: 10/02/05		
CAD. J. BELMONT	DATA	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
02 FEV 2006  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Gedeão de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norta GE - 64.419-470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



*José Neto Ribeiro de Lacerda*  
0840713  
ASSINATURA DO TITULAR

CÁRTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 419.733 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/03/16

NOME JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA

FILIAÇÃO MARIA CÂNDIDA DA CONCEIÇÃO  
JOSÉ RIBEIRO LIMA

NATURALIDADE FRONTEIRAS-PI DATA DE NASCIMENTO 06/05/1936

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 116 L B2 F 103V

EXP. TERESINA-PI 19/02/13 *José Neto Ribeiro de Lacerda*

TRABALHO 901.703-78

ASSINATURA DO DIRETOR

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
02 FEV 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Bairro - Niterói - RJ - CEP: 24.002-470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



0476263

*Nelle Roze Soares Marques*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
12 FEV 2008  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
CEP: 64.000-700

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO: 23/09/14

NOME  
NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO  
CÍCERA MARQUES JUCUNDE  
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE  
CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO  
22/05/1971

DOC. ORIGEM  
CERT. NASC. 529 L A/F 141  
EXP. CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI  
840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR  
*Padro Soares de Moraes*  
Pedro Soares de Moraes

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



  
Dra. Fabíola Veras  
CRM. 2374

REUMATOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA  
• • • • •

ATTESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o Sr.  
João Neto Ribeiro de Lacerda, foi vítima  
de acidente de trânsito, sofrendo Fratura de  
Ulna Esquerda, submetido a talu-  
minó clínico conservador, incluindo curativos  
locais, e uma a limitação funcional de 70%.



Cel., 22.05.18

  
Dra. Fabíola Fereira H. Veras  
Clínica Médica/Reumatologia  
CRM 2374



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí  
**HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ÂNGELO PEREIRA**  
Avenida José Aquiles de Sousa, S/Nº  
FRONTEIRAS/PI

CLIENTE:

APUÃO MELO

Até que o senhor foi se  
para o Rio de Janeiro para se en-  
trevista neste hospital no dia 30/03/2017  
em tempo de 1 hora da manhã vítima  
de acidente automobilístico (grc)  
apresentando lesões e complicações pelo  
corpo. Em diagnóstico de lesão  
traumática. Onde foi atendido e  
internado prontamente tendo alta  
hospitalar no 02/04/2017.

Data: 30/03/17

*[Assinatura]*  
Cachimbo e Assinatura  
7/11/2017  
SAM-PI-1068

DEPARTAMENTO DE  
DPVAT  
CONTEÚDO Nº 0  
02 FEV 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Gênio de Resende, 465 Loin C  
Centro - Norte GE 7, 64-600

1. Estado do Piauí

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí - SESAPI  
 ASSEPLAN / Centro de Informação de Saúde  
 HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ÂNGELO PEREIRA  
 CNPJ: 06.553.721/0001-05  
 Av. José Aquiles de Sousa, S/Nº - Fronteiras - PI

## FOLHA DE ADMISSÃO

Nome do paciente:

*Jose-nita Ribeiro de Azevedo*

Nº do registro:

*28.106*

Endereço:

*2. tamboril.*

Município

*Fronteiras.*

UF

*PI*

Nº

*05*

enferm:

Nº leito:

*06*

Data de nascimento:

*06/05/1956*

Sexo:

*M*

Condição:

( ) Seguradora ( ) Cônjuge ( ) Filho

Nome do Pai: *Jose Ribeiro Lima*

Nome da Mãe: *Maria Branda da C. Lima*

Nº individual (INSS)

Vinc. C/ Previd.

Data de entrada

*30/03/17.*

Data de saída

*02.04.14*

Tipo de alta

*melhorado*

### Resumo de Alta



Diagnóstico Definitivo

*Pot. 1. amefico*

Procedimento Realizado

*Amefico*



SISTEMA MINISTÉRIO  
ÚNICO DA SAÚDE  
DE SAÚDE

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hmnap

2 - CNES

269413011

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hmnap

4 - CNES

269413011

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jose Luis Ribeiro Baranda

6 - Nº PRONTUÁRIO

28.106

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

819810101237419461225

8 - DATA DE NASCIMENTO

06.05.1956

9 - SEXO

☒ Masc.

☐ Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Gilda da C. Lima

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

St. Tamboril

13 - MUNICÍPIO E RESIDÊNCIA

Fronteiros

14 - Cód. IBGE

2204303

15 - UF

PI

16 - CEP

641610101010

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor no peito noturna

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dor Cho

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Doença cardíaca

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

03

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

29 - Nº DCTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA SOLICITAÇÃO

30.03.17

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADO

47 - Nº DO BILHETE

48 - SÉRIE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
02 FEV 2011  
RETRA - HMNAP  
SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Azevedo, 465 Loja G  
Centro - Norta CEP: 04.002470  
OES

CLIENTE: Jane Nto R da Lacerda ENF: 05 LEITO: 06

DIAGNÓSTICO:

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	RUBRICA
08.03.17 0:45h	Paciente admitido na unidade hospitalar para tratamento de hipertensão e diabetes. Aborda médica matinal. Calor, consciente, orientado do tempo e espaço. Com exames laboratoriais em análise. Diuréticos e insulina prescritos. Segue sob o cuidado da equipe. SSV: PA: 120 x 90 mmHg, T: 36°C.	
30.03.17 20:30	Paciente consciente, orientado, calmo. Apresentou hemorragia na perna esquerda. Realizou sutura em pé de M.D. Deambula com auxílio. Diurese e evacuações presentes. SSVV-PA: 110x70 mmHg, T: 37°C.	Dr. Antônio Augusto de Almeida Enfermeiro COREN-PI 329.925
31.03	Paciente em repouso no leito, consciente, orientado, deambula com auxílio, com edema em pé de M.D. agerbul, eupneico, diurese e evacuações presentes. SSVV medida PA 120x90 mmHg, T = 36°C. Segue sob os cuidados da equipe.	332.245
03.17	Paciente adormecida no leito em repouso, calma, responde verbalmente, estado de consciência regular. Diurese e evacuações presentes. Edema em membros inferiores. PA=110x80mmHg, T=36°C.	427.407
11.04	Paciente em repouso no leito, orientado, eupneico, agerbul, deambulando com auxílio, comunicativo, com edema em pé de M.D., diurese e evacuações presentes. SSVV: PA: 130x80, T: 36,3°C. Segue aos cuidados da equipe médica e de enfermagem.	Dr. Antônio Augusto de Almeida Enfermeiro COREN-PI 329.925
14.04	Paciente em repouso no leito, calma, orientado, eupneico, não apresenta edema, deambulando com auxílio, queixas de dor e coceira em nádegas.	Dr. Antônio Augusto de Almeida Enfermeiro COREN-PI 329.925

**ASSEPLAN - CENTRO DE INFORMAÇÕES**

ENF: 3 LEITO: 6

**DIAGNÓSTICO:**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DP 99AT  
CONTEUDO 1891 VERIFICADO  
02 FEB 2000  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte Rio de Janeiro RJ 20040-700

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Neto Ribeiro de Lacerda inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.591.703/78 do sinistro de DPVAT cobertura 1 PA da última Jose Neto Ribeiro de Lacerda inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.591.703/78 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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, 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 24 De Janeiro</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email			Telefone comercial(DDI)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 9534-6565</u>		

Teresina, 25 de Janeiro de 2018  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão, 759 - Centro/Sol - Teresina - PI  
Cidade 64.240-0001-051 Local: Brasília 14.341.363-0  
Tua Fone: 7 Centro de Emergência 240000 - São Paulo  
Regime especial de concessão outorgada pela ELETROBRAS

Nº da Nota Fiscal: 000978301

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2018	30/01/2018	271	247,25

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CPF: 00084017317391  
CED: 64.000.235 - TERESINA

ROT: 16.001.29.62.127880

DADOS GERAIS		DATA DA LEITURA	
Aluguel	17086	Acum.	22/01/2018
Anterior	16815	Anterior	22/12/2017
Diferença Multa/Debito	1,000	Problema cliente	22/02/2018
Consumo Medido	271	Emissão	22/01/2018
Consumo Resolvido	271	Apresentação	22/01/2018

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número do Medidor	Posto	Código Res.	Módulo 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	327

RESUMO E VALORES		DESCRIÇÃO DA CONTA	
DEZ/17	314	CONSUMO	271 A R\$ 0,807343 = 218,78
NOV/17	416	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	18,30
OUT/17	385	CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00	0,50
SET/17	435	MULTA POR ATRASO 11/17-00	7,08
AGO/17	353	JUROS DE MORA DE IMPO 11/17-00	2,59
JUL/17	215	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	2,34
JUN/17	431		
MAI/17	298		
ABR/17	213		
MAR/17	224		
TARIFA DE TRIBUTOS:			
A A 271 - 0,56795			

REGRAS IMPORTANTES / REGRAS DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumida multa a ser paga no vencimento de  
12/2017 295,33 energia elétrica a partir da leitura da unidade consumidora no  
para emissão também a inclusão de novo consumidor no  
SENER. Caso tenha efetuado o pagamento favor considerar  
este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 20 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 4161.4796.B30A.C420.E934.FF73.23BF.90AD

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/DEBITOS - R\$	
Consumo	43,53	Debito de Consumo	218,78
Energia	82,79	Aluguel COSIP	25,00%
Intermediária	13,02	Valor de COSIP	54,69
Exercício	13,19	Valor de PIS	2,05
Previdência	66,25	Valor de COFINS	9,51

INDICADORES DE CONSUMIDOR

4,83 9,67 19,34 3,11 6,22 12,45 2,69  
0,00 0,00

TERESINA-MACAUABA

11/2017 121,33

ROT: 16.001.29.62.127880

83630000002 0 47250017000 7 000000000051 3 86970118008 3



DEPARTAMENTO DE SINISTRO

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

02 FEV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 466 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

José Nelson Ribeiro De Lacerda

CPF da Vítima

096.591.703-78

Data do Acidente

30/03/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(86) 3303-4104

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com conteúdo não verificado do respectivo pedido.


Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Nelson Ribeiro De Lacerda de 23 de Jan de 2017  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

 <b>SUS</b> SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	MINISTÉRIO DA SAÚDE	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE          INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>Hmnap</b>	2 - CNES <b>8694304</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>Hmnap</b>	4 - CNES <b>2694301</b>

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE <b>João Ribeiro Barreto</b>	6 - Nº PRONTUÁRIO <b>28.106</b>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE <b>819181010121317494161225</b>	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>06.05.1956</b>
9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>Maria Cindida da C. Lima</b>	11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>St. Tomba</b>	
13 - MUNICÍPIO E RESIDÊNCIA <b>Fronteiras</b>	14 - COD. IBGE <b>2204303</b>
	15 - UF <b>PI</b>
	16 - CEP <b>641610101010</b>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>Dor no peito, náusea, vômito</b>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>Dor Cho</b>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
20 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL <b>Doença de Chagas</b>	21 - CID 10 PRINCIPAL
	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA <b>03</b>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>
28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	29 - Nº DCTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA SOLICITAÇÃO <b>30.03.17</b>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS	
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - Nº DO BILHETE
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE
	39 - CNPJ DA EMPRESA
	40 - Nº DO BILHETE
	41 - SÉRIE
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO	

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADO
47 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

DEPARTAMENTO DE  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 02 FEV 2018  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 - Lapa C  
 Centro - Niterói - RJ - 24090-000

## ASSEPLAN - CENTRO DE INFORMAÇÕES

CLIENTE: Jane Nób. E. da Lencina ENF: 05 LEITO: 06

**DIAGNÓSTICO:**

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	RUBRICA
10.03.17 10:45h	Paciente admitido na unidade hospitalar por R. E. e T. R. Relata um hiipofaríngeo e dor de garganta há alguns dias. Lábios comissurais, orientado do ferimento. Com hemorragia por de sangramento nas cavidades bucais, há 10 dias. Com sangramento na cavidade bucal há 10 dias. Diurético e evacuação normal. Segue sob os cuidados da equipe SIV. PA: 120 x 90 mmHg, T: 36°C.	
30.03.17 20:30	Paciente consciente, orientado, calma. Apresenta hemorragia em pé de MID. Deambula com auxílio. Diurético e evacuação presentes. SIV. PA: 110 x 75 mmHg, T: 37°C.	
31.03	Paciente em repouso no leito, consciente, orientado, deambula com auxílio, com edema em pé de MID, agitação, eufórico, diurese e evacuações presentes. SIV. PA: 120 x 90 mmHg, T: 36,9°C. Segue sob os cuidados da equipe.	
03.17	Paciente adormecido no leito em repouso, calma, eufórica, agitação comunicativa, está de repouso regular. Segue a medicação prescrita. Diurético e evacuação presentes. PA: 110 x 80 mmHg, T: 36°C.	
11/04	Paciente em repouso no leito, orientado, eufórico, agitado, deambulando com auxílio, comunicativo, com edema em pé de MID, diurese e evacuações presentes. SIV. PA: 130 x 80 mmHg, T: 36,3°C. Segue aos cuidados da equipe médica e de enfermagem.	
11/04	Paciente em repouso no leito, calma, orientado, eufórico, não apresenta diurese, deambulando com auxílio, queixa-se de estômago e costela em dor.	



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.040.749/0001-89 | Ins. Estadual: 15.701.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Selo D-1  
Regime especial de tributação instituído pela SFDA/06/06

Nº da Nota Fiscal: 000186903

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
01/2018	05/01/2018	64	55,02

MARTA RODRIGUES DO R LACERDA  
CJ BELA VISTA 14 QD 63 CASA 14 BELA VISTA  
CPF: 00016058801320  
CEP: 64.030-150 - TERESINA

ROT: 5.001.12.03.149000

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	13767	Atual	05/01/2018
Anterior	13703	Anterior	07/12/2017
Constante de Multiplicação	1,000	Anterior Leitura	06/02/2018
Consumo Medido	64	Finalidade	10/01/2018
Consumo Faturado	64	Alteração	10/01/2018
	FCAM		

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Módulo T3
RESIDENCIAL		00000000			

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
DEZ/17 53	CONSUMO 64 A R\$ 0,774885 =	49,59
NOV/17 105	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	4,44
OUT/17 430	CORRECAO MONETARIA IG 12/17-00	0,02
SET/17 328	MULTA POR ATRASO 12/17-00	0,86
AGO/17 128	JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-00	0,11
JUL/17 113	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,58	
JUN/17 128		
MAI/17 100		
ABR/17 86		
MAR/17 117		

THIAGO SEM TRIBUTOS:  
R\$ 64 - 0,579517

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
O valor da fatura é de R\$ 55,02. O vencimento é para o dia 05/01/2018.	

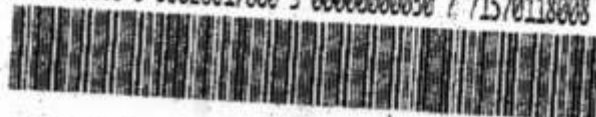
RESERVADO AO FISCO SFCA.05DB.D365.383A.14F8.6948.9B54.8F7A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/REBATOR - R\$	
Distribuição	10,59	Baixa de Cálculo	49,59
Energia	20,12	Alíquota ICMS	20,00%
Transmissão	3,16	Valor do ICMS	9,91
Encargos	3,20	Valor do PIS	0,46
Outros	12,52	Valor do COFINS	2,15

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
4,95	9,91	19,82	3,17	6,35	12,70	2,77	
0,00			0,00			0,00	

ROT: 5.001.12.03.149000

836200000000 5 55020017000 3 000000000030 7 71570118008 8



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
12 FEV 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coutinho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Mar - CE - 64.002-470



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 146618.000004/2018-12**

Unidade de Registro: DP DE FRONTEIRAS

Resp. pelo Registro: Cícero Luz Alves

Data/Hora: 03/01/2018 - 09:35

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE FRONTEIRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FRONTEIRAS

Endereço

BR-230 CENTRO DE FRONTEIRAS/PI, Nº:

Complemento

Data/Hora

30/03/2017 - 08:15

419469

445582

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA

Mãe: MARIA CANDIDA DA CONCEIÇÃO

Pai: JOSÉ RIBEIRO LIMA

Endereço: SÍTIO TAMBORIL, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: FRONTEIRAS

Telefone(s): 89-0939-8692

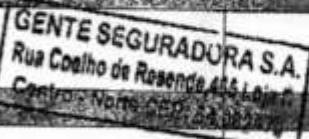
Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante



**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.



**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG 125 FAN

KGL5541

874290481

Vermelha

Condutor: JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA

End: SÍTIO TAMBORIL Número: Complemento:

Cidade: FRONTEIRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

Que vinha conduzindo uma MOTO HONDA CG/125 FAN COR VERMELHA PLACA KGL-5541 RENAVAL 874290481, pela BR -230 no centro da cidade de Fronteiras/PI, quando uma moto saiu de uma rua transversal e colidiu com a sua moto vindo a cair pista de rolamento; Que foi socorrido pela ambulância local para o Hospital Norberto Ângelo Pereira, em fronteiras/PI, onde deu entrada conforme Ficha de Atendimento, tendo sofrido lesões conforme Laudo Médico assinado pelo Dr. Sebastião Wagner Pereira Alves CRM-PI-1868.

Cícero Luz Alves - Mat. 1082787  
AGENTE DE POLÍCIA

JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA - Notificante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal".

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
12 FEV 2018  
CENTRO SEGURO DPVAT S.A.  
Rua Celso de Figueiredo, 455 Lj 2 C  
Centro - Niterói - RJ - 24.020-000

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

096.591.703-78

Nome completo da vítima

Jose Neto Ribeiro de Lacerda

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Jose Neto Ribeiro de Lacerda		CPF titular da conta	096.591.703-78	Profissão	Agricultor	
Endereço	QD-63 Casa 14		Número	14	Complemento	Casa	
Bairro	Bela Vista	Cidade	Teresina	Estado	PE	CEP	64030-15
Email					Telefone (DDD)	(86) 3303-4104	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3987 D/V  
CONTA NRO. 303.939 D/V  
(Informar dígito se existir)

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

BANCO NOME NRO.  
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V  
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina 23 de Janeiro de 2018

Local e Data

Jose Neto Ribeiro de Lacerda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1987 - PARQUE PIAUI, PI

DATA: 17/01/2018

HORA: 18:50:38

TERMINAL: 1005

NSU: 000506

AUT: 0026

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 1987/013/00.103.839-9

NOME: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA,

DEPOSITANTE:

JOSE NETO

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

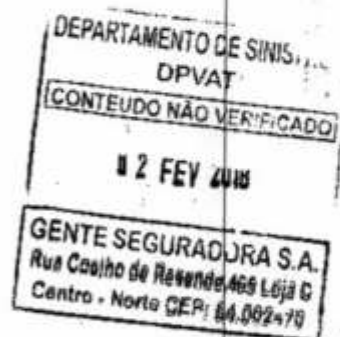
Informacoes, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

1ª Via - Via Cliente



## LOTES ABERTOS COM SUCESSO

Titular: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA  
Agência: 1957 - PARQUE PIAUI, PI  
Operação: 013 - Conta Poupança  
Número da conta: 00103530-6





Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA

Nº Sinistro 3180240671

Vitima: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA

Data do Acidente: 30/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180240671**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes **cobertas pelo Seguro DPVAT** em razão do acidente ocorrido em **30/03/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA

Nº Sinistro: 3180240671

Vitima: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA

Data do Acidente: 30/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180240671**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12889286



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

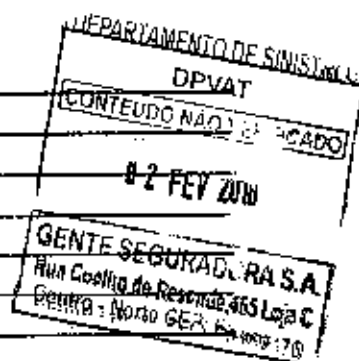
(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

## OUTORGANTE:

Nome: Jose Neto Ribeiro De Lacerda  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Casado  
Identidade: 419.733  
CPF: 096.591.703-78  
Profissão: Agricultor  
Endereço: Rua 63 Casa 34 Bela Vista  
CEP: 64030-150  
Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565

## OUTORGADO:

Nome: Nelle Rose Soares Marques  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Solteira  
Identidade: 4.119.262  
CPF: 840.173.173-91  
Profissão: Recepcionista  
Endereço: Rua 24 De Janeiro nº 544  
CEP: 64000-235  
Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565



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 assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as 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 a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Jose Neto Ribeiro De Lacerda

Teresina - PI 15/01/2018

Local e data

62 OFÍCIO

Jose Neto Ribeiro De Lacerda

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS  
TITULO - MARIA AXELIA MARTINS AMILIO DE ARAUJO  
RUA 7 DE SETEMBRO, 380 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA, PI  
FONE (86) 3321-3710 - 3321-4042 - Email: cartorio6@teresiananotario.com.br

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FOLHA DE JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA, DOU PE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 15/01/2018. Empl. 3, 69 1040, 2 e 25 Totais: 3,57 Selos: 42,50437 (F240/226)

ALDOREO ALVES DE OLIVEIRA - ESCRIVÃO COMPROVADO 29/12/2006 15012018

Cartório do 6º Ofício de Notas  
Carla Teresa Vieira Silva  
Escrivente Comprova



DECLARACAO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Cosmo de Resende, 355 Loja C Centro - Nono CEP: 64.062470



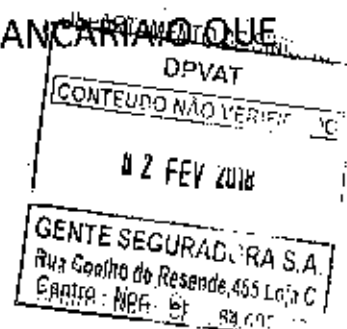
Eu, José Celso Ribeiro de Jacyda Brasileiro  
CPF 419.733.558 P, CPF 096591703-78 declaro  
para os devidos fins, que sofri acidente  
de trânsito na BR 230, no dia 30/03/2017 na  
cidade de Fronteiras PI. Eu trafegava numa  
moto na preferencial, quando uma moto  
saindo de uma rua transversal, e colidiu  
com a moto que eu andava, de placa  
KBL 5541 renavam 8742904PI chassis  
NO 902JC 30705R 109861 marca HONDA CB 125  
FAN ano 2005, em nome de JOANA JACÉ  
MAGALHÃES MATHUS, como ainda estou  
sem andar, e estou com sequelas. Pois  
fiz duas suturas, pois pegou dois vidros, e  
uma fratura no calcâneo. Inclusive  
estou usando muletas definitivas, e  
sem condições de trabalhar. enviei  
uma petição inicial, a procura de  
Joana Jacé M. Mathus, para que  
pegasse uma declaração dela, o mesmo  
não conseguiu encontrá-la. Não entendo  
de que se eu fui atendido e atendido, com os  
requisitos que tenho, e todos os documentos  
que comprovam o acidente. O referido  
é verdade e dou fé.

Terceira página 14 de março 2018.  
José Celso R. de Jacyda



## DECLARAÇÃO

EU JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA RG,419.733 SSP-PI,DATA DE EXPEDIÇÃO 16/03/2016 CPF:096.591.703-78,COM DOMICILIO NA CIDADE DE TERESINA-PI,ONDE RESIDO NA Q-63 C-14 BAIRRO BELA VISTA II,DECLARO SOB AS PENAS DA LEI QUE NO DIA 30/03/2017 SOFRE ACIDENTE DE TRANSITO,NA BR-230 NO CENTRO DA CIDADE DE FRONTEIRAS QUANDO ESTAVA TRAVEGANDO NA PREFERENCIAL ,QUANDO UMA MOTO SAIU DE UMA RUA TRANSVERSAL E COLIDIU COM A MOTO, ,EU ESTAVA PILOTANDO UMA MOTOCICLETA DE PLACA KGL5541,COD RENAVAL 874290481 CHASSI 902JC30705R109861 MARCA MODELO HONDA CG 125 FAN ANO/MODELO 2005,DE PROPRIEDADE DE JOANA DARQUE MAGALHAES MARINS,ESTOU DANDO ENTRADA COM O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT.MAS A DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO NÃO SERA POSSIVEL FAZER,POIS O PROPRIETARIO DO VEICULO NÃO CONSEGUI LOCALIZA-LO,ESTOU COM SEQUELA DEFINITIVA,E TENHO O DIREITO DE RECEBER A INDENIZAÇÃO TODOS OS DOCUMENTOS QUE COMPROVAM O ACONTECIMENTO ESTÃO JUNTO AO PROCESSO.PRONTUARIO MÉDICO B.O,DOCUMENTOS PESSOAS E CONTA BANCARIA QUE FALO É VERDADE, E DOU FE.



**JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA**

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR - MARIA ALZONI MARTINS ARAÚJO DE ARAÚJO  
RUA 7 DE SETEMBRO 330 - CENTRO,ORTE - CEP 64001-210 - TERESINA PI  
FONE: (065) 3231 5400 / (065) 3231 5401 - E-MAIL: cartorio6@notaspi.org.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA. DOU FE. EM TER. DA VERDADE. Anál: 03.60 (100.72 Selos: 0.25 Total: 4.57) Selo: AAZ.99433 (F250P386)

ALMOVAR ALVES DE OLIVEIRA FIDELMENTE COMPROBADA  
29/12/200513012318



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



0476253

*Nelle Roze Soares Marques*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
12 FEV 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende 465 Loja C  
Centro - Niterói CEP: 24.090-799

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE

NATURALIDADE ANTONIO SOARES JUCUNDE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CRATEUS-CE

CERT. NASC. 529 L 101 F 141

EXP. CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí  
**HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ÂNGELO PEREIRA**  
Avenida José Aquiles de Sousa, S/Nº  
FRONTEIRAS/PI

CLIENTE:

*APUÍO MUEATO*

*Até uma 72 horas após a  
passagem de uma ambulância para a  
tarefa neste hospital no dia 30/03/2017  
em torno de 10h da manhã vítima  
de acidente automobilístico (gru)  
apresentando lesões e ferimentos pelo  
corpo. Com diagnóstico de lesão  
traumática. Onde foi atendido e  
internado prontamente tendo alta  
hospitalar no 02/04/2017.*

DEPARTAMENTO DE
DPVAT
CONTEUDO Nº
02 FEV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Getúlio de Resende, 465 Lda C
Centro - Niterói RJ 24.020-000

Data: *30/03/17*

*Carimbo e Assinatura*

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí - SESAPI  
ASSEPLAN/ Centro de Informação de Saúde  
HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ÂNGELO PEREIRA  
CNPJ: 06.553.721/0001-05  
Av. José Aquiles de Sousa, S/Nº - Fronteiras - PI

Nº do registro:

28.106

Endereço:

Município

UF

No 5

**Nº 1eito:**

2. timber

Stuntions

10

enferm

14-00000  
06

Data de nascimento:

Sexo:

**Condição:**

06/05/1956



( ) Seguradora ( ) Cônjuge ( ) Filho

Nome do Pai: João Ribeiro Lima

Nome da Mãe: Martha Almeida da C. Lima

Nº individual (INSS)

Vinc. C/ Previd.

**Data de entrada**

Data de saída

Tipo de alta

30/03/17

02. 02. 14

*melhorados*

### Resumo de Alta

DEPARTAMENTO DE SINI

DPVAT

DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 2 FEB 2040

GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 405 Loja C  
 Centro - Niterói CEP: 64.002-78

~~Diagnóstico~~ Definitivo

### Procedimiento Realizado





SISTEMA MINISTÉRIO  
SUS ÚNICO DA SAÚDE  
DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HMNAP	2694301
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HMNAP	2694301

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº PRONTUÁRIO		
for. Nivaldo Ribeiro Macedo	58.106		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	
898002374946225	06.05.1956	<input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO		
Maria Lúcia da C. Lima			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
St. Tamberil			
13 - MUNICÍPIO E RESIDÊNCIA	14 - COD. IBGE	15 - UF	16 - CEP
Freixo	2204303	PI	64660000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Fora de controle clínico			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Doença			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Doença			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DC (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE
03	02	( ) CNS ( ) CPF	
30 - NOME DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
	30.03.17		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADO	
( ) CNS ( ) CPF		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
02 FEV 2011  
PRA-HMNAP  
SEGURODESA S.A.  
Rua do Coelho de Resende, 465 Loja C  
Norte CEP: 04.002470

ENF: 03 LEITO: 06

[illegible]

Dr. Antonio Carlos de Almeida  
EMBASSY  
COREN-PT 829 925

392 273

427-407

**Dra. H. G. Gomes**  
COP-08-7356.962

Dr. H. P. S. Gomes  
COREN-PI 356.802

**HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ANGELO PEREIRA - HMNAP**

ENF: 3      LEITO: 6

[illegible]

DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS  
DIPVAT  
[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]  
12 FEB 2010  
CENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Corino de Almeida, 465 Loja C  
Centro - Niterói RJ 24.002-78



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 nº9.613/98

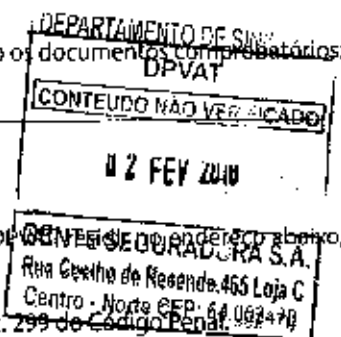
Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Neto Ribeiro de Lacerda inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.591.703/78 do sinistro de DPVAT cobertura T PA da Vítima José Neto Ribeiro de Lacerda inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.591.703/78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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, 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 24 De Janeiro</u>	Número	<u>544</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>
Email		CEP	<u>64000-235</u>		
		Telefone comercial (DDD)	<u>(86) 3303-4104</u>		
		Telefone celular (DDD)	<u>(86) 9534-6565</u>		

Teresina, 25 de Janeiro de 2018  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante