

Controle de documentos x Audiências x Consulta processos - Pro x 0811511-88.2019.8.18.0 x Merge PDF files online x WhatsApp x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=231199&ca=ac0dfbf84cc9189280dbdf9c8275e19799c...

Apps Processo Virtual Na... Administrativo Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0811511-88.2019.8.18.0140
JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO S...

10954267 - CONTESTAÇÃO (2735336 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 24/07/2020 10:56:44

24 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10954266 - CONTESTAÇÃO
 - 10954267 - CONTESTAÇÃO (2735336 CONTESTACAO 01)
 - 10954271 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10954272 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 sub atos procuracao compressed web)
 - 10954273 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10954274 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 10

2735336- CS/ 2020-02583/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+pq.pdf Exibir todos x

PT 10:56 24/07/2020



Número: **0811511-88.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **19/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA (AUTOR)		ARTHUR LENNON ALVES MENESES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10954 271	24/07/2020 10:56	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para cobrança (V.M.E.)
Mantendo, informando
e não alterando

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 000978301



CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
TERESTINA

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
TERESTINA RJ 271

Consumo	17086	22/01/2018
Valor	16815	22/12/2017
Valor de ajuste	1,000	22/02/2018
Valor total	271	22/01/2018
Valor de desconto	271	22/01/2018

COMERCIAL MONO A1418740 3.5.3.1 327

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	2,39
JUL/17	215	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	2,34
JUN/17	431		
MAI/17	298		
ABR/17	213		
MAR/17	224		

DEBITO DE TRIBUTOS
R\$ 271 - 0,00

12/2017 795,33
LIGUE 0800-086 0800 E FAÇA O PAGO MENCIONADO 1 5 10 15 20 25

Consumo	43,53	Valor de desconto	218,78
Valor	82,79	Valor de desconto	25,00%
Valor de ajuste	13,02	Valor de desconto	54,69
Valor total	13,19	Valor de desconto	2,05
Valor de desconto	66,25	Valor de desconto	9,51

4,83 9,67 19,34 3,11 6,22 12,45 2,69
0,00 0,00 0,00
TERESTINA-MACAUABA 11/2017 121,33

ROT: 16.001.29.62.127880

Eletrobras
Distribuição Piauí
0051869-7
01/2018
30/01/2018
000978301 FCAM

83630000002 0 47250017000 7 00000000051 3 86970118008 3

SEQ.: 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
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
02 FEV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.088-479





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

CLIENTE: Jane Nóbil de Lacerda ENF: 03 LEITO: 06

DIAGNÓSTICO:

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	RUBRICA
10.03.17	Paciente admitida na unidade hospitalar para tratamento de hipertensão e diabetes. Apresenta hipertensão arterial, orientada, de feição calma, com consciência plena, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção, sem sinais de trauma. Dieta e medicação conforme prescrição. Seguindo o cuidado da equipe de enfermagem. PA: 120 x 90 mmHg, T: 36,3°C.	
30.03.17	Paciente consciente, orientada, calma. Apresenta hipertensão arterial, orientada, de feição calma, com consciência plena, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção, sem sinais de trauma. Dieta e medicação conforme prescrição. Seguindo o cuidado da equipe de enfermagem. PA: 120 x 90 mmHg, T: 36,3°C.	Dr. Antônio Carlos de Almeida Enfermeiro COREN-PI 325.925
31.03	Paciente em repouso no leito, consciente, orientada, deambulando com auxílio, com edema em pé de MID, diurese e evacuações presentes. SSUV: PA: 120 x 90 mmHg, T: 36,3°C. Segue sob os cuidados da equipe.	Dr. Antônio Carlos de Almeida Enfermeiro COREN-PI 325.925
01/17	Paciente atendida no leito em repouso, calma, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção, sem sinais de trauma. Dieta e medicação conforme prescrição. Seguindo o cuidado da equipe de enfermagem. PA: 120 x 90 mmHg, T: 36,3°C.	
01/17	Paciente em repouso no leito, orientada, deambulando com auxílio, comunicativa, com edema em pé de MID, diurese e evacuações presentes. SSUV: PA: 130 x 80 mmHg, T: 36,3°C. Segue sob os cuidados da equipe médica e de enfermagem.	Dr. Antônio Carlos de Almeida Enfermeiro COREN-PI 325.925
01/17	Paciente em repouso no leito, calma, deambulando com auxílio, com edema em pé de MID, diurese e evacuações presentes. SSUV: PA: 130 x 80 mmHg, T: 36,3°C. Segue sob os cuidados da equipe médica e de enfermagem.	Dr. Antônio Carlos de Almeida Enfermeiro COREN-PI 325.925

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-000
Insc. Est. nº 19.907.184-5
Insc. CNPJ nº 06.908.001-00
Regist. Especial da Empresa Intercada nº 53.02/0078

Nº da Nota Fiscal: 000186903

Atividade: 10.30.35-25 de energia elétrica

PERÍODO DE FATURAMENTO	PERÍODO DE VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	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: 0001605801320
CEP: 64.030-150 - TERESINA

ROT: 5.001.12.03.149000

DADOS DE FATURAMENTO	DADOS DE FATURAMENTO
Atual: 13767	Atual: 05/01/2018
Anterior: 13703	Anterior: 07/12/2017
Constante de Multiplicação: 1,000	Anterior: 06/02/2018
Consumo Medido: 64	Anterior: 10/01/2018
Consumo Estimado: 64	Anterior: 10/01/2018
FCAM: NORMAL	

CLASSIFICAÇÃO DE USO	CONDIÇÃO DE USO
RESIDENCIAL	148

Elemento	Valor
CONSUMO	64 A R\$ 0,774885 = 49,59
CONTR. ILUMINACAO PUB: (COSIP)	4,44
CORRECAO MONETARIA 12/17-00	0,02
MULTA POR ATRASO 12/17-00	0,86
JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-00	0,11
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,58

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS	VALOR
DEZ/17	53
NOV/17	105
OUT/17	430
SET/17	328
AGO/17	128
JUL/17	113
JUN/17	128
MAI/17	100
ABR/17	86
MAR/17	117

RESERVA DO FISCO	VALOR
RESERVA DO FISCO	5FCA.05DB.0365.383A.14F8.6948.9054.8F7A

COMPOSIÇÃO DA DESPESA	VALOR
Distribuição	10,59
Energia	20,12
Transmissão	3,16
Encomenda	3,20
Intercada	12,52

COMPOSIÇÃO DA DESPESA	VALOR
Despesa de Cobrança	49,59
Alíquota ICMS	20,00%
Valor do ICMS	9,91
Valor do PIS	0,46
Valor do COFINS	2,15

COMPOSIÇÃO DA DESPESA	VALOR
Despesa de Cobrança	49,59
Alíquota ICMS	20,00%
Valor do ICMS	9,91
Valor do PIS	0,46
Valor do COFINS	2,15

COMPOSIÇÃO DA DESPESA	VALOR
Despesa de Cobrança	49,59
Alíquota ICMS	20,00%
Valor do ICMS	9,91
Valor do PIS	0,46
Valor do COFINS	2,15

COMPOSIÇÃO DA DESPESA	VALOR
Despesa de Cobrança	49,59
Alíquota ICMS	20,00%
Valor do ICMS	9,91
Valor do PIS	0,46
Valor do COFINS	2,15



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
8 2 FEV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Sousa, 465 Loja C
Centro - Natal - RN - 50.024-70



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



505 v. 1.0

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): 89-9839-8692

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. CG 125 FAN

Ano: Placa:

KGL5541

Chassi:

Renavam:

874290481

Cor:

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.

Cicero Luz Alves - Matr. 1092787
AGENTE DE POLÍCIA

JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia


Boletim de Ocorrência emitido em: 03/01/2018 09:03 - SisBO@2017-2018 ATI

Página 1/1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 10:57:58
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072410564336600000010385248>
Número do documento: 20072410564336600000010385248

Num. 10954271 - Pág. 4

 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	MINISTÉRIO DA SAÚDE	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
--	------------------------	--

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HMNAP	2 - CNES 86941304
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HMNAP	4 - CNES 26941304

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE José Nêdo Ribeiro Baccuda	6 - Nº PRONTUÁRIO 58.106
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 8191810101213174194162215	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 Gíndia da C. Lima	11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) St. Tamboril.	
13 - MUNICÍPIO E RESIDÊNCIA Fronteiras	14 - COD. CIDADE 6204303
15 - UF RJ	16 - CEP 641619001010

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
25 - CARGO 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 - 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 0771344 - 0800 0771206 (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 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:

Assinar uma das opções abaixo:

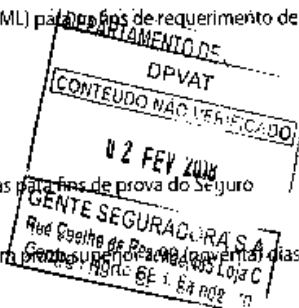
☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ 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 de requerimento de indenização do Seguro DPVAT.

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.



Fernando 23 de Janeiro de 2018
Local e Data

José Nelo Ribeiro De Lacerda
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

01/2017





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:

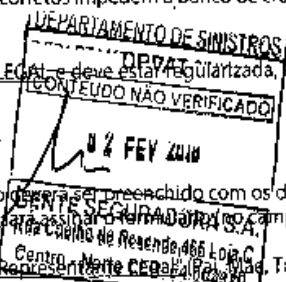
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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 precisa assinar o formulário (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 Jose Neto Ribeiro de Lucena	CPF titular da conta 096.591.703-78	Profissão Agricultor
Endereço RD-63 Casa 34	Número 44	Complemento Casa
Bairro Bela Vista	Estado PE	CEP 64030-15
Cidade Teresina	Telefone (DDD) (86) 3303-4104	
Email		

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)

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

☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº 1987

DV

CONTA

Nº 303.839

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

DV

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

Lugar e Data

Jose Neto Ribeiro de Lucena

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF 301 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 10:57:58

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007241056433660000010385248>

Número do documento: 2007241056433660000010385248

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1987 - PARQUE PJÁIL: P1

DATA: 17/01/2018

HORA: 10:50:38

TERMINAL: 1805

NSU: 000506

AUT: 0026

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

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:

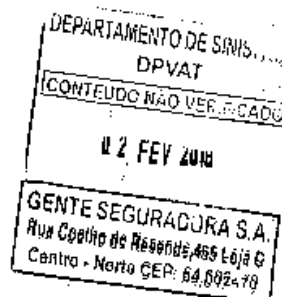
Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 8101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente

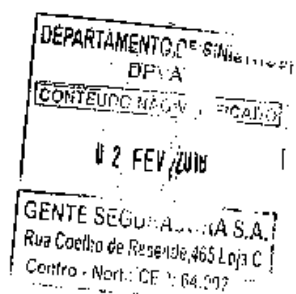


Pessoa Física

[https://negocios.caixa/wps/myportal/sipan/tuUp/a1/jY5BU8\[wEL...](https://negocios.caixa/wps/myportal/sipan/tuUp/a1/jY5BU8[wEL...)

Conta aberta com sucesso

Titular: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA
Agência: 1887 - PARQUE PIMULP
Operação: 013 - Conta Poupança
Número da conta: 05103835-8



17/01/2018 10:31



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: José Neto Ribeiro De Lacerda

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Identidade: 419.733

CPF: 096.591.703-78

Profissão: Agricultor

Endereço: 20-63 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

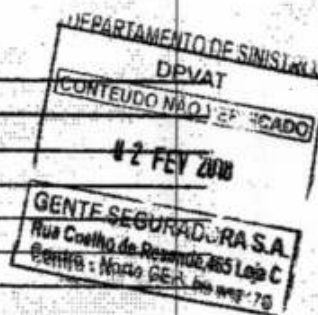
CPF: 840.173.173-91

Profissão: 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 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: José Neto Ribeiro De Lacerda

Teresina - PI 15/01/2018

Local e data

6º OFÍCIO

José Neto Ribeiro De Lacerda

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR: MARIA ADRIANA MARTINS AMARAL DE ARAÚJO
RUA 7 DE SETEMBRO, 200 - CENTRO NORTE - CEP: 64001-010 - TERESINA - PI
FONE: (86) 3303-4104 / 3303-4106 - E-MAIL: cartorio6@teresiananotario.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA DO FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA - PI, 15/01/2018. Emissão: 3,41 Valor: 2,50 Total: 4,57 Selos: ANZ-19439 (F270P286)

ALBERTINA ALVES DE OLIVEIRA - ESCRIVENTE CONFISSIONAL

Cartório do 6º Ofício de Notas
Carla Teresa Vieira Silva
Escrivente ConfiSSIONAL
Teresina - PI



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

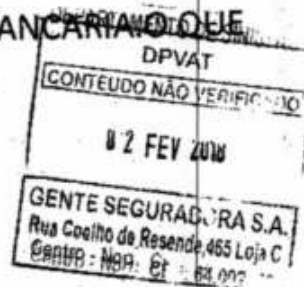
UF do CRM do médico: RJ

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

Jose Neto Ribeiro de Lacerda

JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA ANELIA MARTINS ARAUJO DE ARAUJO LEAO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NOITE - CEP:64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (86) 3221-2543 / 3221-4756 - E-mail: cartorio6@notariopib.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA. DOU FE. EM TEST. NA VERDADE.
TERESINA-PI, 15/01/2018. Anos: 13,60 Dias: 02 Semanas: 25 Total: 4,57
Selos: AAZ.59438 (F250F286)

[Assinatura]
ALDENORA ALVES DE OLIVEIRA-ESCREVENTE COMPROVADA
29.12.2015/15.01.2018

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



DECLARAÇÃO



Eu, Jose Celso Ribeiro de Jacyda Brasileiro

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 105 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.062470

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 FORTALEZA 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 CHASSI
Nº 902JC 30705R 109861 MARCA HONDA CB 125
FAN AND 2005, em nome de JOANA JACÉ
MAGALHÃES MATHUS. Como ainda estou
sem andar, e choro com sequelas. Por
fiz duas suturas; Por Pegar 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 conseguimos encontrá-la. Não entendo
de queerei autuado e atestado, com os
Requisitos que tenho, e todos os documentos
que comprovam o acidente. O referido
é verdade e dou fé.
Termino por aqui em 14 de março 2018.
Jose Celso R. de Jacyda





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA

DETRAN - PE Nº 6409457824

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA [] DOB RENAVAM [] RTB []

Nome/Endereço:
EDNAN SOARES MACHADO
AV. EDUARDO DE CARVALHO, 543
CASA 01 CAJUEIRO NOVO
SÃO J. DEL REI - PE 55970-000

CPF/CC [] PLACA []

***** 0020030705104616

ESPECIE TIPO: **PM57MOTOCICLETA** COMBUSTIVEL: **SASOL INC**

MARCA/MODELO: **HONDA ZCG 125 FAN** ANO FAB: **2005** ANO MOD: **2005**

CAP/POT/CL: **28/124CL** CATEGORIA: **PM57** COR PREDOMINANTE: **VERMELHA**

00045181

OBSERVAÇÕES:
RES. DOM. EURICO F. M. - 0001150

Assinado por: **Roberto S. da Silva** - 19/02/2020

SOCAL [] DATA []

SÃO J. DEL REI - PE

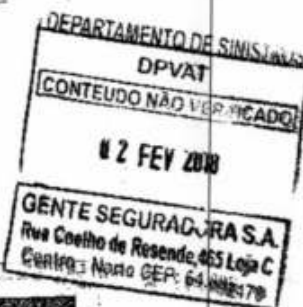
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
2 FEV 2020
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norta GE - PE 54.412478





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	419.733
DATA DE EXPEDIÇÃO	16/03/16
NOME	JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA
FILIAÇÃO	MARIA CANDIDA DA CONCEIÇÃO JOSÉ RIBEIRO LIMA
NATURALIDADE	FRONTEIRAS-PI
DATA DE NASCIMENTO	06/05/1956
DOC. ORIGEM	CERT. CASAM. 116 L B2 E 105V
EXP. TERESINA-PI	19/02/13
TÍTULO	901.703-78
ASSINATURA DO TITULAR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.119.262
DATA DE EMISSÃO	23/09/14
NOME	NELLE ROZE SOARES MARQUES
FILIAÇÃO	CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE
NATURALIDADE	CRATEUS-CE
DOC. ORIGEM	22/05/1971
CERT. NASC.	529 L 81/F 141
EXP. CRATEUS-CE	28/09/78
TERESINA - PI	840.173.173-91
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.118 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.
José Roberto Ribeiro de Azevedo, foi vítima
de acidente de trânsito, sofrendo fratura de
Ulna e Rádio Esquerda, submetido ao tratamento
médico conservador, incluindo curativos
locais, e ainda a limitação para trabalhar,
apresentando perda funcional de 70%.



Cel., 22.05.18


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

MEDICARCI Rua Lisandro Nogueira, 2042 - Centro | Fone: 3301-4343 • 3221-1009





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

CLIENTE:

APUARO RIBEIRO

*Até que o doutor fez pe
pro: Netto Ribeiro Júnior deu a
toda este hospital no dia 30/02/2017
em tempo de + 08 h da manhã vítima
de acidente automobilístico (grc)
apresentando lesões e machucados pelo
corpo. Foi diagnosticado de lesão
traumática. Onde foi atendido e
internado prontamente tendo alta
hospitalar no 02/04/2017.*

Data: *30/02/17*

Capitão e Assinatura

Av. José Aquiles de Sousa, S/Nº - Bairro Alto Alegre - Tel. (89) 354-1152



Order No. 3472-030



SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE **MINISTÉRIO DA SAÚDE** **LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Hmnvaf

2 - CNES: 26941304

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: Hmnvaf

4 - CNES: 26941304

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Jose Roberto Baranda

6 - Nº PRONTUÁRIO: 28.106

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 81918101012131415161225

8 - DATA DE NASCIMENTO: 06.05.1956

9 - SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Maria Candida da C. Lima

11 - TELEFONE DE CONTATO: 11 6416101010

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): St. Tamboril

13 - MUNICÍPIO E RESIDÊNCIA: Ineritinos

14 - Cód. INGE: 2204303

15 - UF: PI

16 - CEP: 6416101010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Vate apm saúde noturna

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Cardio Cho

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

20 - DIAGNÓSTICO: Doença cardíaca

21 - CID 10 PRINCIPAL: I20

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: I21

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: I22

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Procedimento de emergência

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 03

26 - CLÍNICA: 03

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02

28 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

29 - Nº DCTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE: 30.03.17

30 - NOME DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Roberto Baranda

31 - DATA SOLICITAÇÃO: 30.03.17

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG CONSELHO):

PROCEDIMENTO SOLICITADO

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: 03

37 - Nº DO BILHETE: 02

38 - SÉRIE: 03

39 - CNPJ DA EMPRESA: 03

40 - Nº DO BILHETE: 02

41 - SÉRIE: 03

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

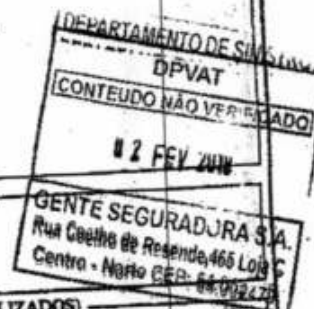
43 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR: Dr. Roberto Baranda

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: 03

45 - DOCUMENTO: 03

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADO: 02

47 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 03



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
02 FEV 2004
RECEBIDA HMNAP
SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Almeida, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24.002470
OES

DIAGNÓSTICO:

Dr. Astorino Augusto de Almeida
Enfermeiro
SOREN-PI 329 925

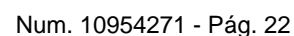
ASSEPLAN - CENTRO DE INFORMAÇÕES

ENF: 3 LEITO: 6

DIAGNÓSTICO:

[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIPVAT
[CONTEUDO NÃO VERIFICADO]
12 FEB 2000
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói RJ - 04-092-70





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

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

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

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

Pelo exposto, eu 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 1ª 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
documentos comprobatórios
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 FEV 2018

☒ 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.

SEGURADORA S.A.
Rua Centro de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.000-235

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		Telefone comercial(DDD)	<u>(86)3303-4104</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(86)9534-6565</u>
				CEP	<u>64000-235</u>

Teresina, 25 de Janeiro de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

FL 001 V001/2017





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.843.740/0001-09 Insc. Estadual: 19.361.743-0
Fone/Fax: 7 Centro de Emissão e Cobrança - Setor 8-1
Regime especial de tributação autorizado pela SRFZ 06/98

Para contato com a
Eletrobras, informe
o NÚMERO

SEU COTADO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal: 000978301

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE No. 012
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	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
CEP: 64.092-235 - TERESINA

ROT: 16.001.29.62.127880

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual	22/01/2018
Anterior	22/12/2017
Diferença Média	22/02/2018
Consumo Média	22/01/2018
Consumo Real	22/01/2018

NORMAL

CLASSIFICAÇÃO DE CONSUMIDOR

Classificação	Tipologia	Nome do Titular	CPF	Código PIS	Mês de 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740	3.5.3.1	327	

RESUMO LVM	DESCRIÇÃO DA CONTRA
DEZ/17 314	CONSUMO 271 A R\$ 0,807343 = 218,78
NOV/17 416	CONTR. ILLUMINACAO 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 300 TRIBUTOS:	
8 A 271 - 0,56795	

MENSAGENS IMPORTANTES / REALIZACAO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 12/2017 295,33
Unidade consumidora sujeita a supressão do desconto de energia elétrica a partir de 01/01/2017 em virtude do não pagamento de parcela anterior e inclusão de novo consumidor no sistema. Caso tenha efetuado o pagamento favor reconsiderar este aviso.

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

RESUMO DO RISCO 4161.4796.B30A.C420.E934.FF73.23BF.90AD

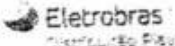
COMPOSICAO DA CONTRA - R\$	IMPOSTOS/DEBITOS - R\$
Consumo 43,53	Base de Cálculo 218,78
Energia 82,79	Alíquota ICMS 25,00%
Tributos 13,02	Valor de ICMS 54,69
Energia 13,19	Valor de PIS 2,05
Tributos 66,25	Valor de COFINS 9,51

INDICADORES DE CONFIABILIDADE

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

TERESINA-MACAUSSA 11/2017 121,33

ROT: 16.001.29.62.127880



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.843.740/0001-09 Insc. Estadual: 19.361.743-0
Fone/Fax: 7 Centro de Emissão e Cobrança - Setor 8-1

SEU COTADO

0051869-7

TOTAL A PAGAR - R\$

247,25

MES FATORADO

01/2018

VENCIMENTO

30/01/2018

Nº da Nota Fiscal: 000978301 FCAM

836300000002 0 47250017000 7 000000000051 3 86970118008 3



SEQ.: 00061 UC: 0051869-7 DT. LEIT.: 22/01/2018 T. ENTR.: 09
TOTAL: 747,25 CARGA: 019

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

02 FEV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.004-70



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

Jose Nelson Ribeiro De Lencenda

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:

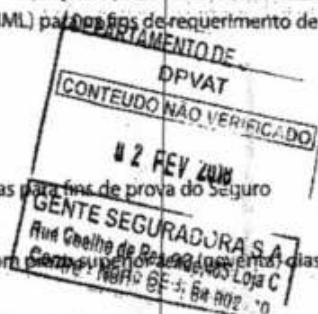
☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ 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 o devido processo legal, nos dias 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.



Termino em 23 de Janeiro de 2018
Local e Data

Local e Data

Jose Nelson Ribeiro De Lencenda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

0001/2017



 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	MINISTÉRIO DA SAÚDE	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	------------------------	--

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HMNAP	2 - CNES 0694304
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HMNAP	4 - CNES 2161943011

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE Jose Nilo Ribeiro Baranda	6 - Nº PRONTUÁRIO 28.106
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 8191810101213174194161222	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 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) St. Tamboril	11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - MUNICÍPIO E RESIDÊNCIA Sertãozinho	13 - COD. IBGE 2204303
14 - UF PI	15 - CEP 64161-610

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Vate refm acidez noturna	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Acido Cho	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Doença de refluxo	21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

DEPARTAMENTO DE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 FEV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Casimiro de Resende, 465 - Lapa C
Gentim - Niterói - RJ - 24.090-000

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	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	

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

CLIENTE: José Roberto de Lacerda ENF: 05 LEITO: 06

DIAGNÓSTICO: _____

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	RUBRICA
07.03.17	Paciente admitido na unidade hospitalar por R. Z. Roberto. Relato de hipotensão e dor abdominal aguda localizada no abdome superior, direito do fígado. Com incômodo para deitar após atividade física, dor no abdome superior de M.D. Deambula com auxílio. Diurese e evacuações presentes. Segue sob as cuidados da equipe. SSV: PA: 120 x 90 mmHg, T: 36°C.	
30.03.17	Paciente consciente, orientado, calmo. Apresenta hemorragia na região da M.D. Realizou sutura em M.D. Deambula com auxílio. Diurese e evacuações presentes. SSV: PA: 110 x 70 mmHg, T: 37°C.	Dr. Antonio Carlos de Almeida Enfermeiro COREN-PI 329.926
31.03	Paciente em repouso no leito, consciente, orientado, deambula com auxílio com edema em M.D. agudo, eupneico, diurese e evacuações presentes. SSV: PA: 120 x 90 mmHg, T: 36,9°C. Segue sob os cuidados da equipe.	427-402
03.17	Paciente adormecido no leito em repouso, calmo, eupneico, agudo, comunicativo, está de repouso regular. Segue a medicação prescrita. Diurese e evacuações presentes. SSV: PA: 110 x 80 mmHg, T: 36°C.	
04.17	Paciente em repouso no leito, orientado, eupneico, agudo, deambulando com auxílio, comunicativo com edema em M.D. diurese e evacuações presentes. SSV: PA: 130 x 80 mmHg, T: 36,3°C. Segue aos cuidados da equipe médica e de enfermagem.	Dr. Roberto S. Gomes Enfermeiro COREN-PI 358.982
05.17	Paciente em repouso no leito, calmo, orientado, eupneico, não apresenta diurese, deambulando com auxílio, segue de repouso e segue em M.D.	Dr. Roberto S. Gomes Enfermeiro COREN-PI 358.982



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.040.746/0001-40 | Ins. Estadual 15.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - São S-1
Regime especial de entrega estabelecido pela SIAZ/ENEL

Nº da Nota Fiscal 000186903

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
01/2018	17/01/2018	64	55,02

MARIA RODRIGUES DO R LACERDA
CJ BELA VISTA 14 00 63 CASA 14 BELA VISTA
CPF: 00016658801320
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	Próxima Leitura	06/02/2018
Consumo Medido	64	Três dias	10/01/2018
Consumo Faturado	64	Atualização	10/01/2018

Classificação	Unidade Consumidora	Tipologia	Nome Medidor	Posição	Código Fiel	Mês 12 meses
---------------	---------------------	-----------	--------------	---------	-------------	--------------

HISTÓRICO X UN	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		

TOTAL SEM TRIBUTOS:
R\$ 64 - 0,512517

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
O vencimento desta conta é de 17/01/2018. Caso não seja pago, a mesma será encaminhada para o setor de cobrança.	

RESERVADO AO FISCO 5FCA.05DB.D365.383A.14F8.6948.9054.8F7A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	10,59	Banco de Cálculo	49,59
Energia	20,12	Alíquota ICMS	20,00%
Transmissão	3,16	Valor do ICMS	9,91
Energia	3,20	Valor do PIS	0,46
Símbolos	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 00000000030 7 71570118008 8



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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 FEV 2018

GENTE SEGURO S.A.
Rua Coutinho de Resende, 465 Loja C
Centro - Natal - RN 55.002470





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

505 v. 1.0

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

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

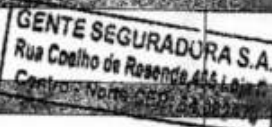
Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante



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 RENAVAM 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 calçada 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 - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Boletim de Ocorrência emitido em: 03/01/2018 09:03 - SisBO@2011-2018.ATI

Página 1/1





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 deve ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisa assinar (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

096.591.703-78

Nome completo da vítima

Jose Nelo Ribeiro de Lacerda

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Nelo Ribeiro de Lacerda	096.591.703-78	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
RD-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)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA	DIV	CONTA	DIV
3987		303.939	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO	NRO		
AGÊNCIA	DIV	CONTA	DIV
NRO		NRO	
(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 Nelo Ribeiro de Lacerda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

7F.001 V001/2017



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1987 - PARQUE PIAUI, PI

DATA: 17/01/2018

TERMINAL: 1005

NSU: 000506

HORA: 10:50:38

AUT: 0026

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 1987/013/WO.103.839-9

NOME: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA

DEPOSITANTE:

JOSE NETO

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

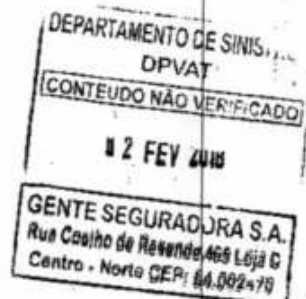
Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1a Via - Via Cliente



CONTA ABERTA COM SALDO

Titular: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA
Agência: 1957 - PARQUE PIAULI, PI
Operação: 013 - Conta Poupança
Número da conta: 00103830-6



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA

Nº Sinistro 3180240671

Vítima: 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** 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

Pag. 01779/01780 - carta_05 - INVALIDEZ



Carta nº 12914949



Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA

Nº Sinistro: 3180240671

Vítima: 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

Pag. 01187/01188 - carta_01 - INVALIDEZ

00020594



PROCURAÇÃO PARTICULAR

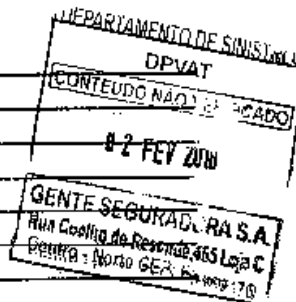
(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Jose Neto Ribeiro De Lacerda
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Casado
Identidade: 419.733
CPF: 096.591.703-78
Profissão: Agricultor
Endereço: Av-63 Casa 34 Bela Vista
CEP: 64030-150
Telefone: (96) 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: Recebeira
Endereço: Rua 24 De Janeiro nº 544
CEP: 64000-235
Telefone: (96) 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

Terresina - PI 15/01/2018

Local e data

6º OFÍCIO

Jose Neto Ribeiro De Lacerda

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeira)

TERESINA CARTEIRO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULO: MARIA AXELIA MOPINS SAUJOS DE ARAUJO
H.M. 7 DE SETEMBRO, 2018 - CONTRA NOTAS - CEP: 64000-210 - TERESINA-PI
VOTE: 15439 (2018-01-15) - E-mail: carterio@terresina.com.br

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA, DO FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 15/01/2018. Emissão: 15439 (2018-01-15) Total: 4,57 Selos: 4,57 (F240F236)

RECONHECIMENTO DE FIRMAS DE: MARIA AXELIA MOPINS SAUJOS DE ARAUJO 29/12/2018 15439

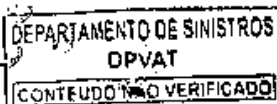
Cartório do 6º Ofício de Notas
Carla Teresa Vieira Silva
Escritor de Compromissos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 10:57:58

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072410564336600000010385248>

Número do documento: 20072410564336600000010385248



DECLARACAO



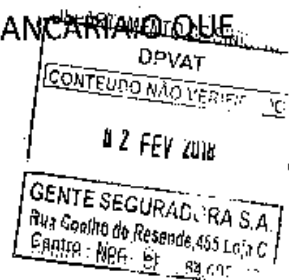
Eu, Jose Celso Ribeiro de Jacyda Brasileiro
CPF 419.733.559-01, RG 419.733 SSP PI CPF 096591703-78 declaro
para os devidos fins, que sofri acidente
de trânsito na BR 230, no dia 30/03/2017 na
cidade de Fronteira PI. Eu trafegava numa
moto na preferencial, quando uma moto
saindo de uma rua transversal, e colidiu
com a moto que eu andava, de placa
KOL 5541 Renavam 874290481 chassis
Nº 902JC 30705R 109861 MARCA HONDA CB 125
FAN AND 2005, em nome de JOANA JACÉ
MAGALHÃES MATHIS, como ainda estou
sem andar, e estou 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 petição unida, a procura de
Joana Jacé M. Mathis, para que
pegasse uma declaração dela o mesmo
não conseguiu encontrá-la. Não cetera
de que sou afetado e atendido, com os
Requisitos que tenho, e todos os documentos
que comprovam o acidente. O referido
é verdade e dou fé.
...riva por eu 14 de março 2018.
Jose 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.



6º OFÍCIO

Jose Neto R. Ribeiro de Lacerda

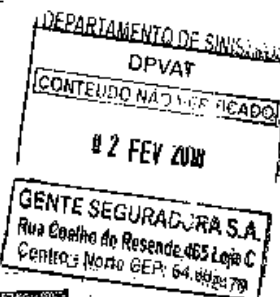
JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR: MARIA ALCYON MARTINS ARAUJO DE ARAUJO
RUA 7 DE SETEMBRO 330 - CENTRO NORTE - CEP 64001-210 - TERESINA PI
CNPJ: 06.980.381/0001-88 - FONE: (085) 3241.1111 - E-MAIL: cartorio6o@ter.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA, RG: 419.733, EM TERESINA-PI, 15/01/2018. Anexo: 60 Valor: R\$ 0,25 Total: R\$ 0,25
Selo: RAZ. 09438 (F250P286)
ALDOREIA ALVES DE OLIVEIRA ESCRIVENTE COMPROVADA
25/01/200513012018

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





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.119.262
DATA DE EXPIRAÇÃO	23/09/14
NOME	NELLE ROZE SOARES MARQUES
FILIAÇÃO	CICERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE
NATURALIDADE	CRATEUS-CE
DATA DE NASCIMENTO	22/05/1971
CERT. NASC.	529 L 11/F 141
EXP. CRATEUS-CE	25/09/78
TERESINA - PI	840.173.173-91
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	



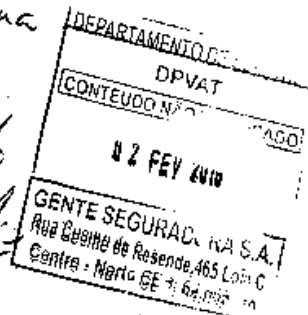


Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ÂNGELO PEREIRA
Avenida José Aquiles de Sousa, S/Nº
FRONTEIRAS/PI

CLIENTE:

APULO MUEATO

Até para o senhor por se
por: Neto Ribeiro Souza de a en-
tra-se neste hospital no dia 30/08/2017
em torno de 10h da manhã vítima
de acidente automobilístico (800)
apresentando lesões e ferimentos pelo
corpo. Foi diagnosticado de lesão
traumática. Onde foi atendida e
internado prontamente tendo alta
hospitalar no 02/09/2017.



Data: 30/08/17

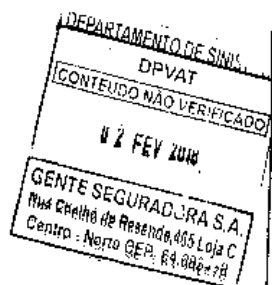
[Assinatura]
Carimbo e Assinatura

Av. José Aquiles de Sousa, S/Nº - Bairro Alto Alegre - Tel. (89) 3234-1152



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: <u>Jose nito Ribeiro de Azevedo</u>				Nº do registro: <u>28.106</u>	
Endereço: <u>2 tambores</u>		Município: <u>Fronteiras</u>		UF: <u>PI</u>	Nº enferm: <u>05</u>
Data de nascimento: <u>06/05/1956</u>		Sexo: <u>M</u>		Nº leito: <u>06</u>	
Data de nascimento: <u>06/05/1956</u>				Condição:	
Nome do Pai: <u>Jose Ribeiro Lima</u>				() Seguradora () Cônjuge () Filho	
Nome da Mãe: <u>Maria Amélia da C. Lima</u>					
Nº individual (INSS)		Vinc. C/ Previd.		Data de entrada: <u>30/03/12</u>	
				Data de saída: <u>02.04.14</u>	
				Tipo de alta: <u>melhorado</u>	

Resumo de Alta




Diagnóstico Definitivo <u>Poliartropatia</u>	Procedimento Realizado <u>Ampliação</u>

Gráfica Bim 3492-0200

43 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR		44 - Cód. Órgão Emissor		49 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADO			
() CNS	() CPF				

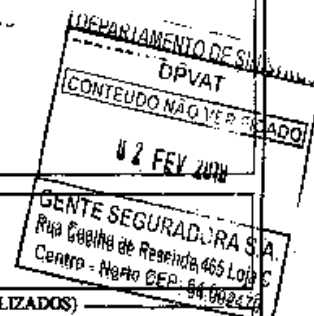


 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	MINISTÉRIO DA SAÚDE	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	--------------------------------	---

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HMNAP	2 - CNES 2694304
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HMNAP	4 - CNES 2694304

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE Sr. Nélia Ribeiro Bacenda	6 - Nº PRONTUÁRIO 28.106
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 8981012374946225	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 Fronteiras	14 - COD. IBGE 2204303
15 - UF PI	16 - CEP 64169101010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor no peito, náusea, vômito	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Dor Cho	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Infarto miocárdico	21 - CID 10 PRINCIPAL I20
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 DC 10 (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 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADO
47 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
12 FEV 2011
RETRA - HMNAP
SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470
OES

DIAGNÓSTICO:

Dr. Antonio Almeida
Embaixador
SOREN-PT 829 925

ASSEPLAN - CENTRO DE INFORMAÇÕES

ENF: 3 LEITO: 6

[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIVISÃO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 FEB 2011
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Figueiredo, 465 Loja C
Centro - Niterói RJ 24.090-978





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

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

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

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

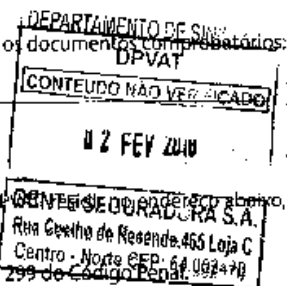
Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Neto Ribeiro de Lacerda inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.591.703/78 do sinistro de DPVAT cobertura 1 PA da Vítima Jose Neto Ribeiro de Lacerda inscrito (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>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>(86) 3303-4104</u>	CEP	<u>64000-235</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

DI DRL 001 V001/2017

