

Screenshot of a web browser showing a legal document management interface.

The title bar shows multiple tabs: "Controle de documentos", "AudIÊncias", "Consulta processos - Proc...", "0811511-88.2019.8.18.0140", "Merge PDF files online.", "WhatsApp", and others.

The main content area displays a document titled "10954267 - CONTESTAÇÃO (2735336 CONTESTACAO 01)" dated "24 Jul 2020".

A sidebar on the left lists several documents:

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

The right panel shows a preview of a document page from "downloadBinario.seam" with the date "1 / 10". The page contains the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI".

The bottom navigation bar includes links for "prot+proc adm.pdf", "prot+cont.pdf", "pa.pdf", "c.pdf", "prot+pc.pdf", and "Exibir todos".

The system tray shows icons for Windows, Internet Explorer, Task View, File Explorer, Google Chrome, and Mozilla Firefox. The date and time are shown as "24/07/2020 10:56".



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 MENESSES (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	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

 Eletrobras
Distribuição Piauí

Para Conta Corte e
Horizonte, informe
ultimo NÚMERO:

0051869-7

Nº da Nota Fiscal: 000978301

0051869-7

Comprovante de Recolhimento
00154

0051869-7
CONTRIBUUIÇÃO FEDERAL DE PAGAMENTO
JANEIRO/2018 30/01/2018 271 247,25

NELLE RODE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE

CPF: 00084017317391 CEP: 64.000-225 - TERESINA

ROT: 16.001.29.62.127880

VALORES DE REFERÊNCIA:

17086	22/01/2018
16815	22/12/2017
1.000	22/02/2018
271	22/01/2018
271	22/01/2018

VALORES ATUAIS:

271	FCAM	22/01/2018
-----	------	------------

NORMAL

VALORES DE REFERÊNCIA E INDICAÇÕES DE SITUAÇÃO:

TIPO	VALOR	MÉDIA	MÉDIA
COMERCIAL	MONO	A1418740	3,53

VALORES ATUAIS:

TIPO	VALOR	MÉDIA	MÉDIA
ADICIONAL	271	3,13	3,27

VALORES DE REFERÊNCIA:

DEZ/17	314	CONSUMO 271 A R\$ 0,807343 = 218,78
NOV/17	416	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 18,30
OUT/17	385	CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00 8,50
SET/17	435	MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,08
AGO/17	353	JUROS DE HORA DE IMPÓ 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	
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	

VALORES DE REFERÊNCIA:

DEZ/17	314	CONSUMO 271 A R\$ 0,807343 = 218,78
NOV/17	416	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 18,30
OUT/17	385	CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00 8,50
SET/17	435	MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,08
AGO/17	353	JUROS DE HORA DE IMPÓ 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	

VALORES DE REFERÊNCIA:

DEZ/17	314	CONSUMO 271 A R\$ 0,807343 = 218,78
NOV/17	416	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 18,30
OUT/17	385	CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00 8,50
SET/17	435	MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,08
AGO/17	353	JUROS DE HORA DE IMPÓ 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	

VALORES DE REFERÊNCIA:

DEZ/17	314	CONSUMO 271 A R\$ 0,807343 = 218,78
NOV/17	416	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 18,30
OUT/17	385	CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00 8,50
SET/17	435	MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,08
AGO/17	353	JUROS DE HORA DE IMPÓ 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	

VALORES DE REFERÊNCIA:

DEZ/17	314	CONSUMO 271 A R\$ 0,807343 = 218,78
NOV/17	416	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 18,30
OUT/17	385	CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00 8,50
SET/17	435	MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,08
AGO/17	353	JUROS DE HORA DE IMPÓ 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	

VALORES DE REFERÊNCIA:

DEZ/17	314	CONSUMO 271 A R\$ 0,807343 = 218,78
NOV/17	416	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 18,30
OUT/17	385	CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00 8,50
SET/17	435	MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,08
AGO/17	353	JUROS DE HORA DE IMPÓ 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	

VALORES DE REFERÊNCIA:

DEZ/17	314	CONSUMO 271 A R\$ 0,807343 = 218,78
NOV/17	416	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 18,30
OUT/17	385	CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00 8,50
SET/17	435	MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,08
AGO/17	353	JUROS DE HORA DE IMPÓ 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	

VALORES DE REFERÊNCIA:

DEZ/17	314	CONSUMO 271 A R\$ 0,807343 = 218,78
NOV/17	416	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 18,30
OUT/17	385	CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00 8,50
SET/17	435	MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,08
AGO/17	353	JUROS DE HORA DE IMPÓ 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	

VALORES DE REFERÊNCIA:

DEZ/17	314	CONSUMO 271 A R\$ 0,807343 = 218,78
NOV/17	416	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 18,30
OUT/17	385	CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00 8,50
SET/17	435	MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,08
AGO/17	353	JUROS DE HORA DE IMPÓ 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	

VALORES DE REFERÊNCIA:

DEZ/17	314	CONSUMO 271 A R\$ 0,807343 = 218,78
NOV/17	416	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 18,30
OUT/17	385	CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00 8,50
SET/17	435	MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,08
AGO/17	353	JUROS DE HORA DE IMPÓ 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	

VALORES DE REFERÊNCIA:

DEZ/17	314	CONSUMO 271 A R\$ 0,807343 = 218,78
NOV/17	416	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 18,30
OUT/17	385	CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00 8,50
SET/17	435	MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,08
AGO/17	353	JUROS DE HORA DE IMPÓ 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	

VALORES DE REFERÊNCIA:

DEZ/17	314	CONSUMO 271 A R\$ 0,807343 = 218,78
NOV/17	416	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 18,30
OUT/17	385	CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00 8,50
SET/17	435	MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,08
AGO/17	353	JUROS DE HORA DE IMPÓ 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	

VALORES DE REFERÊNCIA:

DEZ/17	314	CONSUMO 271 A R\$ 0,807343 = 218,78
NOV/17	416	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 18,30
OUT/17	385	CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00 8,50
SET/17	435	MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,08
AGO/17	353	JU



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

CLÍNICO DE INFORMAÇÕES

DIAGNÓSTICO:





Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Rondon - Centro Sul - Teresina - PI
CEP: 65000-000 CNPJ: 00.160.024/0001-89 Insc. Estadual: 19.937.185-5
Atendida pelo Centro de Atendimento ao Cliente - Série 6 - Número 00030715-7

Para contato com a Eletrobras, informe o seu NÚMERO:

SEU CÓDIGO:
00030715-7

Nº da Nota Fiscal: **000186903**

A Início do Mês: 11/12/2017 Fim do mês: 10/01/2018
Período: 10/01/2018 - 05/01/2018

DATA DE VENCIMENTO → **CONSUMO DE REFERÊNCIA** → **TOTAL A PAGAR**

JANEIRO/2018 → **17/01/2018**

64

55,02

Maria Rodrigues De R Lacerda
CJ BELA VISTA 14 QD 03 CASA 14 BELA VISTA
CPF: 00016058801320
CEP: 64.030-150 - TERESINA

ROT: 5.001.12.03.149000

DADOS DA FIDUCIÁRIA → DADOS DA FIDUCIÁRIA → DADOS DA FIDUCIÁRIA

Atual:	13767
Anterior:	13703
Constante de Multiplicador:	1.000
Consumo Médio:	64
Grau de Intuito:	64

Atual:	05/01/2018
Anterior:	07/12/2017
Anterior à data de referência:	06/02/2018
Anterior à data de vencimento:	10/01/2018
Anterior à data da leitura:	10/01/2018

TIPO: NORMAL → 120

VALOR DA UNIDADE CONSUMO:

Classe/Fidelidade: Unidade: Número Medidor: 11 Posição: Código Int.: Média 32 meses

RESIDENCIAL → **HONO** → **A1230848** → **11** → **146**

MOVIMENTOS DA CONTA → CONSUMO DA CONTA

Movimento anterior: CONSUMO → 64 A R\$ 0,774885 = 49,59

DEZ/17 53 CONTR. ILUMINACAO PUB. ((COSTIP)) 4,44

NOV/17 105 CORRECAO MONETARIA 16 12/17-00 0,02

OUT/17 438 MULTA POR ATRASO 12/17-00 0,56

SET/17 328 JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-00 0,11

AGO/17 128 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,58

JUL/17 113

JUN/17 128

MAI/17 108

ABR/17 86

MAR/17 117

SUMA SEM TRIBUTO:

3 P 64 - 0,53919

NOTA DE VENCIMENTO → VENCIMENTO → VENCIMENTO

LIGUE 0000 086 0300 E FAÇA O PAGAMENTO → VENCIMENTO → 15.10.15.20.25

Parabéns! Até o dia 27/02/2018, não constatamos faturas vencidas

neste seu endereço de consumo.

RESERVA DO FISCO → SFCA.05DB.0365.383A.14F8.6948.9054.8F7A

RESERVA DO FISCO → SFCA.05DB.0365.383A.14F8.6948.9054.8F7A</



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

Boletim de Ocorrência
SisBO

505 V.1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 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

Data/Hora

30/03/2017 - 08:15

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FRONTEIRAS

Bairro

CENTRO

Endereço

BR-230 CENTRO DE FRONTEIRAS/PI, N°:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA

Tipo Envolt.: VÍTIMA/Noticiante

Mãe: MARIA CANDIDA DA CONCEIÇÃO

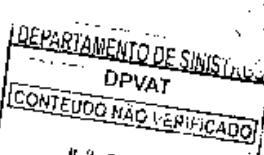
Pai: JOSÉ RIBEIRO LIMA

Endereço: SITIO TAMBORIL, N°

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: FRONTEIRAS

Telefone(s): 89-9939-8692



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: Chassi:

KGL5541

Renavam:

874290481

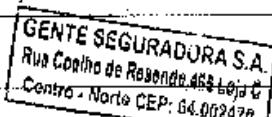
Cor:

Vermelha

Condutor: JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA

End: SITIO 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 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 Vagner Pereira Alves CRM-PI-1868.

Cícero Luz Alves - Mat. 1082787
AGENTE DE POLÍCIA

JOSE 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



SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HmnA P	2 - CNES	2694303
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HmnA P	4 - CNES	2694301

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	João Pedro Ribeiro Soárez	6 - N° PRONTUÁRIO	28.106		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	819181012131749416225	8 - DATA DE NASCIMENTO	06.05.1956		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	Maria Lindiana da C. Lima	9 - SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem.		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	Av. Tomboil	11 - FONE/PHONE DE CONTATO			
13 - MUNICÍPIO E RESIDÊNCIA	Fronteiras	14 - COD. INGBE	15 - UF	16 - CEP	b204303 RJ 64164000000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	<p>Dente superior dente moedor</p> <p>Auto clw.</p>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	<p>GENTE SEGURADORA S.A. Rua Padre de Resende, 465 Centro - Niterói - RJ - 24200-000</p> <p>DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO # 2 FEB 2018</p>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO-INITIAL	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	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N° DCTO (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)	33 - N° DO BILHETE	34 - SÉRIE
	30.03.17			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGUROADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - N° 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	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADO	
() CNS () CPF		





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0771204 - 0800 0771206
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)



Código de identificação do IML

00004*

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 Silveira 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):

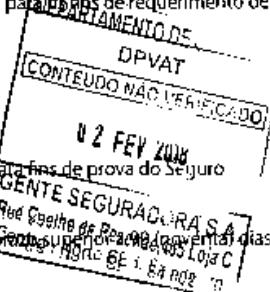
(86) 3303-4104

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 atende 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 Gente Seguradora S.A. para fins de prova do Seguro DPVAT, dentro de 10 dias úteis.

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 Silveira Ribeiro de Lacerda _____
Local e Data:

23 de Janeiro de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

101/2017





**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:

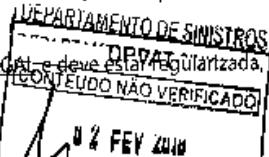
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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 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").



14 FEV 2018

Número da Sinistro ou ASL CPF da Vítima Nome completo da vítima
 096.591.703-78 José Neto Rebellino de Lacerda

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Neto Rebellino de Lacerda	096.591.703-78	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
QD-63 Casa 14	14	Lasse
Pai/mo	Cidade	Estado
Bela Vista	Tereshina	PE
Família	CEP	Telefone (DDD)
	64030-15	(86) 3303-4104

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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 ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DN	CONTA NRO.	DN
1987	303.839-91		

Informar dígito se existir!

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome:	VIS		
AGÊNCIA NRO.	DN	CONTA NRO.	DN
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 Lider 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.

Tereshina 23 de Janeiro de 2018
 Local e Data

José Neto Rebellino de Lacerda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1987 - PARQUE PIÁNE, P
DATA: 17/01/2018 HORA: 10:50:38
TERMINAL: 1805 NSU: 000506 AUT: 0026

COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM.DOC.: 000800

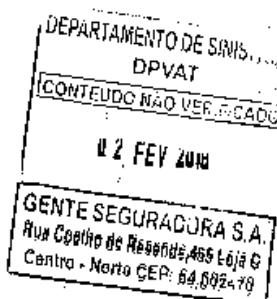
AGENCIA/CONTA CREDITADA: 1987/013/00.103.839-9
NOME: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA
DEPOSITANTE:
JOSE NETO

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474
www.caixa.gov.br

1º Via - Via Cliente



Pessoa Física

<https://negocios.caixa/wps/myportal/sipan/ut/p/a1/jY5BU8lwEL...>

{
Conta aberta com sucesso.
Titular: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA
Agência: 1607 - PARQUE PIQUI, P
Operação: 013 - Conta Poupança
Número da conta: 00103830-8

DEPARTAMENTO DE SANEAMENTO
DPSA
CONTROLE MAGNETICO
02 FEV 2018

GENTE SEGURA (A.S.A.)
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Nort. CEP: 64.002-000

17/01/2018 10:31



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

Num. 10954271 - Pág. 9

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 RENAVAM 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 CONSEGUE 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 BANCÁRIA DO QUE FALO É VERDADE, E DOU FE.

Jose ice to P. S. to be Sociedad

JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA

TERESINA CAUTÓRIO & OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARAÚJO LEÃO
RUA 7 DE SETEMBRO, 230 - CENTRÔNORTE - CEP 64004-610 - TERESINA PI
FONE: (86) 3251-3640 / 3251-3646 - FAX: (86) 3251-3646 - E-mail: teresinacautorio@terra.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE NETO RIBEIRO DE
LACERDA. DOU FE. EM TEST. PA VERDADE.
TERESINA-PI, 15/01/2016. Ass.: 3,60 J.R., 0,90 e 0,25 Total: 4,75
Assinatura: 
Data: 00/00/0000 - 00/00/0000

Alcione Alves de Oliveira Escrevente **Alcione Alves de Oliveira Escrevente** COMPROMISSADA
2014/2015/1501/2018

Cantório do 6º Ofício de Notas
Carla Teresa Vieira Silya
Escrevendo Compromissos



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Acidentado



0029

E-mail: Jose neto Ribeiro de Soeiro
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 400 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Eu, José Neto Ribeiro de Soeiro, declaro
para os devidos fins, que fui acidente
de trânsito na BR 230, no dia 30/03/2017 na
cidade de Floraí, MS. Eu ~~PERCUCIAVA~~ num
moto nº 44 PERCUCENHA, quando uma moto
sainha de uma rua transversal, e colidiu
com a moto que eu andava, de placa
nº 5541 Renavam 8742904PI chassi
FZN 302JC 30705L 109861 marca HONDA CG 125
ano 2005, em nome de JOANA JACE
MAGALHÃES MAMIS, como cido estou
em andar, e fui com sequelas. Fui
para ~~uma~~ ^{uma} clínica, e paguei de
estocando metade das minhas, e
sem condições de trabalhar. enviei
Joana Jace M. MAMIS, para que
pegasse uma declaração dela o mesmo
de que se foi atendida e atendido, com os
requisitos que tenho, e todos os documentos
que comprovam o acidente. O referido
é verdade e dou fé.
Teresina para 14 de maio de 2018.

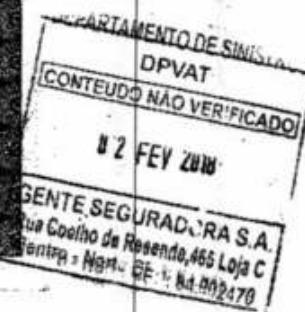
JOSÉ NETO R. DE SOEIRO







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. I16 L. 82 E 105 EXP TERESINA-PI 19/02/13 NÚM. 301.703-78	
ASSINATURA DO DIRETOR: [Signature]	
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 88.250/83	





Dra. Fabíola Veras
CRM. 2374

REUMATOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA

* * * *

AMÉRICO MÉDICO

Américo, para os fins da Seguradora, que o Sr.
José Nilo Ribeiro de Lacerda, foi vítima
de acidente de trânsito, resultando Fratura de
femur e esquerdos, submetido à tratamento
múltiplos cirúrgicos e fisioterapeutas, apresentando
lesões, edema e limitação para deslocamentos,
apresentando perda funcional de 70%.



Colm, 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:

AQUINO ALÉRIO

Até ona qd ultim fiz pe
joxo Neto Libano Landa qda en-
trada nste hospital no dia 30/03/2017
en tipo de + 08 h ja havia visivel
qd auxílio anticoagulante (gic)
apresentando leses e escoriações pelo
corpo. Em Desenvolvendo de bole
chocante. Onde foi atendido e
internado posteriormente tendo alta
hospitalar no 02/04/2017.

Data: 30/03/17

DEPARTAMENTO DE	DPVAT
CONTEÚDO NÃO	ADO
02 FEV 2018	
GENTE SEGURADA S.A. Rua Goiânia de Resende, 485 Loja C Centro - Norto GE 7, 64.000	

M
Assinatura
Carimbo e Assinatura
M-PL-1068

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

I. 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:		Nº do registro:		
<i>José nito Ribeiro de Freitas</i>		28.106		
Endereço:	Município	UF	Nº 05	Nº leito:
<i>2. Tamboril.</i>	<i>Granja.</i>	<i>PI</i>	<i>enferm:</i>	<i>06</i>
Data de nascimento:	Sexo:	Condição:		
<i>06/03/1956</i>	<i>M</i>	<input type="checkbox"/> Seguradora <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho		
Nome do Pai:	Nome da Mãe:			
<i>José Ribeiro Lima</i>	<i>Antônia Prudente da C. Lima</i>			
Nº individual (INSS)	Vinc. C/ Previd.	Data de entrada	Data de saída	Tipo de alta
		<i>30/03/17</i>	<i>02.04.14</i>	<i>melhorado</i>

Resumo de Alta



Diagnóstico Definitivo	Procedimento Realizado
<i>Poliartrite</i>	<i>Anam.</i>

Caixa 04p 3422-0200





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

106194131011

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hmnap

4 - CNES

216194131011

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Nivaldo Ribeiro Bracard

6 - NO PRONTO-ÚRGICO
28.106

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

8191810012131714194161225

8 - DATA DE NASCIMENTO

06-05-1956

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Candida da C. Lira

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av. Tamboril

13 - MUNICÍPIO E RESIDÊNCIA

Fronteiras

14 - CÓD. IBGE

2204303

15 - UF

PR

16 - CEP

641661010101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doente com febre e constipação

DEPARTAMENTO DE SENSIBILIDADE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 FEB 2010

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Auto cura

GENTE SEGURADURA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
Centro - Maringá - PR - 84000-000

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

20 - DIAGNÓSTICO OFICIAL

Febre e constipação

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

03

03

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - N° DCTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE

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

36 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - N° 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 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADO

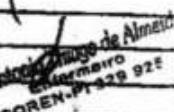
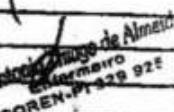
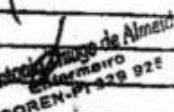
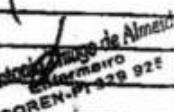
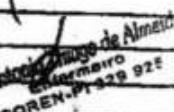
() CNS () CPF

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 #2 FEV 2018
 SEGURO DURA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja G
 Centro - Nordeste CEP: 64.002-470

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

CLIENTE: José M. R. da Cunha ENF: 05 LEITO: 06

DIAGNÓSTICO:

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	RUBRICA
10.03.17	Paciente agitado, bateu na parede, bateu na porta e descalço. Repta um higiene corporal, paciente, paciente do dor no pé. Corrimento fisiológico. Fazia sopro arterial sistólico leve no tórax e no pé de mid. Desambulava sobre andarilho. Dificuldade de evacuação constante.	
10:45h	Saque sob o cuidado da equipe. SSV: PA: 126x90 mmHg, T: 36°C	 Dr. Anderson de Almeida COREN-PI 329.922
30.03.17	Paciente consciente, orientado, calmo. Apresentava hemorragia nasal. Festeira e o Dr. Silveira realizou sutura em pé de MID. Desambulava com auxílio. Diurese e evacuações presentes. SSV: PA: 110x70 mmHg, T: 37°C	 Dr. Anderson de Almeida COREN-PI 329.922
31/03	Paciente em repouso no leito, consciente, orientado, desambulava com auxílio, com edema em pé de MID, arrebitil, eupneico, diurese e evacuações presentes. SSV: PA: 120x90 mmHg, T: 36°C. Deve-se ter os cuidados da coluna.	 Dr. Anderson de Almeida COREN-PI 329.922
01/04	Paciente às 06 horas no leito com repouso, calmo, repreza apetite, comunicativo, está de humor regular, segura, relaxada, paciente, embora dolorida, paciente, bateu a mão no pé de MID, desambulando com auxílio, comunicação com auxílio, com edema em pé de MID, diurese e evacuações presentes. SSV: PA: 130x80, T: 36,3°C. Deve-se ter os cuidados da equipe médica e de enfermagem.	 Dr. Anderson de Almeida COREN-PI 329.922
02/04	Paciente em repouso no leito, calmo, orientado, eupneico, não apresentava dor, desambulando com auxílio, queixa-se de entorpe, e sente em pé de MID.	 Dr. Anderson de Almeida COREN-PI 329.922

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

CLIENTE: _____ ENF: 5 LEITO: 6

DIAGNÓSTICO:

ENF: 5 LEITO: 6

DIAGNÓSTICO:





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 T PA da Ultima
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: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios:
DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
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, que sou proprietário de imóvel no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

DELEGACIA DA SEGURO LÍDER-DPVAT
SEGURO LÍDER-DPVAT
Rua Cecília de Resende, 465 Loja C
Centro, Norte CEP: 64.000-2470

Endereço	<u>Rua 24 de Janeiro</u>	Número	<u>544</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado
Email		Telefone comercial(DDD)	<u>(86) 3303-4104</u>	Telefone celular (DDD)

(86) 9534-6565

Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

nu nro 001 V001/2017



 Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0051369-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Rondon, 759 - Centro/051 - Teresina - PI
CNPJ: 08.843.749/0001-05 / Insc. Estadual: 10.361.369-0
Início Forn. / Conta em Aberto a Zerado - Zona N.º 1
Regime especial de remuneração autorizado pela SNE/P/06/99

Nº da Nota Fiscal: **000978301**

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEB foi criada
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

DATA DA CONTA	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: 63.000-235 - TERESINA

ROT: 16.001.29.62.127880
DATA DA LEITURA:

DETALHAMENTO	VALOR	DATA
Aluguel	17086	Acabt:
Entrega	16815	Acabot:
Correção Monetária	1.000	Folhetos Munic:
Consumo Mínimo	271	Emissão:
Consumo Residual	271	Arquivamento:

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classificação	Ligação	Número Módulo	Porta	Código RIC	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740	3.5.3.1	327	

DETALHAMENTO DA CONTA

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

CONDICIONAMENTOS / RELATIVO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidor superior ao consumo médio do período anterior. Se o consumo médio é maior que o consumo médio de referência, não haverá desconto. Caso tenha situado o pagamento para vencimento, estaria R\$10,00.

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

RESPOSTA AO RISCO 4161.4796.B30A.C420.E934.FF73.23BF.90AD		IMPOSTOS/FEEBTOPS - R\$	
CONSUMO	43,53	Bases de Cálculo	218,78
Entrega	82,79	Alíquotas CMS	25,00%
Entrega	13,82	Alíquota CMS	54,69
Entrega	13,19	Impostos PIS	2,05
Total	66,25	Impostos Cofins	9,51

INDICADORES DE CONFIDENCIALIDADE

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

11/2017 121,33

TERESINA-MACAUBA

ROT: 16.001.29.62.127880

SEU CÓDIGO
0051369-7

TOTAL A PAGAR - R\$
247,25

 Eletrobras
Distribuição Piauí

MÊS FUTURADO
01/2018

VENCIMENTO
30/01/2018

Nº da Nota Fiscal: **000978301** FCAM

83630000002 0 47250017000 7 00000000051 3 86970118008 3



SEQ.: 00061 UC: 0051369-7 DT.LEIT.: 22/01/2018 T.ENTR.: 09
TOTAL: 247,25 CARGA: 019

DEPARTAMENTO DE SINISTRO

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 FEV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.000-070



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

Num. 10954271 - Pág. 24

Número do documento: 20072410564336600000010385248



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

E 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 Luís Ribeiro Del 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 prazos elevados e/ou custos 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.

Jerônimo, 23 de Janeiro de 2018

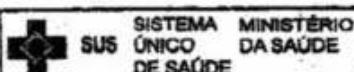
Local e Data

José Luís Ribeiro de Lacerda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

min1/2017



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNACÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HmnAP	2 - CNES	1069M3011
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HmnAP	4 - CNES	126194131011

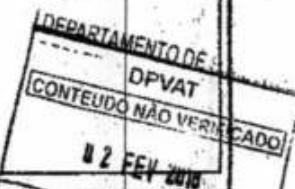
Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	João Pedro Ribeiro Barreto	6 - NEPONTUÁRIO	28.106
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	89181010121374946122	8 - DATA DE NASCIMENTO	16.05.1956
9 - SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> Mas.	<input type="checkbox"/> Fem.	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	Maria Cândida da C. Lira	11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	Av. Tomboil		
13 - MUNICÍPIO E RESIDÊNCIA	Fronteiras	14 - CÓD. IBGE	62204303
		15 - UF	PI
		16 - CEP	64416100

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

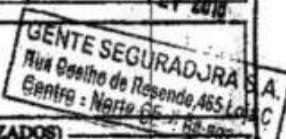
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vinte e quatro horas noturnas



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pedro Chaves



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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Doença renal			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DC10 (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE
03	02	() CNS () CPF	
30 - NOME DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (NP-REG CONSELHO)	
	30.03.17		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURODORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	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 INTERNACÃO HOSPITALAR

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



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

CLIENTE: José N. R. de Lacerda ENF: 05 LEITO: 06

DIAGNÓSTICO:

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	RUBRICA
10.03.17	Trajetória clínica: paciente hospitalizado por 04SL febre com b. sintomas. Relato de hipotensão e desidratação. Alergia medicamentosa: ácido acetilsalicílico, diclofenac. Com indicação para o corte tipo anelar hidroclorídrico. Freqüente em pé de m.d. Drenagem da ferida e auxílio. Drenagem da ferida e auxílio. Sinais vitais: pressão arterial da equipe: SVV: PA: 120x90 mmHg, T: 36°C.	Dr. Antônio de Almeida COREN-PI 355.362
20.03.17	Paciente consciente orientado calmo. Apresentou hemorragia na ferida e o Dr. Edson realizou sutura retinada em pé de MID. Deambulando com auxílio. Sinais vitais: pressão arterial da equipe: SVV: PA: 110x75 mmHg, T: 37°C.	Dr. Antônio de Almeida COREN-PI 355.362
31.03	Paciente em repouso no leito: consciente orientado deambula com auxílio com edema em pé de MID, afebril, eupneico, clareza e evacuações presentes. SVV: pressão PA: 120x90 mmHg, T: 36,3°C. segue sob os cuidados da equipe.	Dr. Antônio de Almeida COREN-PI 355.362
01.04.17	paciente em repouso no leito em repouso calmo, eupneico, afebril, comunicativo, idas e fugas regulares, deambulando com auxílio, com edema em pé de MID, clareza e evacuações presentes. SVV: PA: 110x80 mmHg, T: 36,3°C.	Dr. Antônio de Almeida COREN-PI 355.362
01.04	Paciente em repouso no leito orientado, eupneico, afebril, deambulando com auxílio, comunicativo com edema em pé de MID, clareza e evacuações presentes. SVV: PA: 130x80 mmHg, T: 36,3°C. Segue aos cuidados da equipe médica e de enfermagem.	Dr. Antônio de Almeida COREN-PI 355.362
04	Paciente em repouso no leito, calmo, orientado, eupneico, não apresenta dor, deambulando com auxílio, queixa-se de edema, e conste em n.	Dr. Antônio de Almeida COREN-PI 355.362

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPAGNA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 00.160.769/0001-99 | Insc. Estadual: 19.301.783-5
Nota Fiscal / Conta N.º: Energia Elétrica - Série B-1
Inscrição especial de imprensa autorizada pela Sra. Zélia Souza

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO:

SEU CÓDIGO
0030715-7

Nº da Nota Fiscal: 000186903

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE é formada
pela tarifa 10-026 do 25 de setembro de 2002.

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

MARTA RODRIGUES DO R. LACERDA
CJ BELA VISTA 14 00 63 CASA 14 BELA VISTA
CPF: 000.160.588-01329
CEP: 64.030-150 - TERESINA

DADOS DA LEITURA	DATA	ROT:
Atual:	13767	000186903
Anterior:	13703	
Constante de Multiplicador:	1.000	
Consumo Médio:	64	
Unidade Faturado:	64	FCAM

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		DATA DA LEITURA	ROT	Média 12 meses
HISTÓRICO MENSAL				
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 12/17-08		0,02
SET/17	328	MULTA POR ATRASO 12/17-08		8,86
AGO/17	128	JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-08		0,11
JUL/17	113	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,58	
JUN/17	128			
MAI/17	100			
ABR/17	86			
MAR/17	117			
TOTAIS SEM IMPUTOS:				



RESERVADO AO FISCO SFCA.0508.0365.383A.14F8.5948.9854.8F7A

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
4,95	9,91	19,82	3,17	6,35	12,78 2,77
0,00			0,00		0,00

ROT: 5.001.12.03.149800

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPAGNA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 00.160.769/0001-99 | Insc. Estadual: 19.301.783-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0030715-7	55,02
MÊS FATURADO	VEREIMENTO
	FCAM

Nº da Nota Fiscal: 000186903

83620000000 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 SINISTRAL
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

2 FEV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rosende, 465 Loja C
Centro | N° 000186903





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	49469	Data/Hora
DP DE FRONTEIRAS		30/03/2017 - 08:15
Tipo Local	445582	Bairro
VIA PÚBLICA		CENTRO
Município		
FRONTEIRAS		
Endereço		
BR-230 CENTRO DE FRONTEIRAS/PI, N°:		
Complemento		Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA	Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante
Mãe: MARIA CANDIDA DA CONCEIÇÃO	
Pai: JOSÉ RIBEIRO LIMA	
Endereço: SITIO TAMBORIL, N°	
Bairro: OUTROS - ZONA RURAL	
Cidade: FRONTEIRAS	
Telefone(s): 89-9936-8692	



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: HONDA	Modelo: CG 125 FAN	Ano: Pisca: KGL5541	Chassi: 874290481	Renavam: 874290481	Cor: Vermelha
Condutor: JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA					
End: SITIO TAMBORIL Número: Complemento:					

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 cair pista de rolamento; Que foi socorrido pela ambulância local para o Hospital Norberto Ángelo 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 - Mat. 1082787
AGENTE DE POLÍCIA

JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA - Noticiante
Responsável pela Informação

Dalegado 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 - 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 (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

José Neto Ribeiro de Lacerda

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00
 ACIMA DE R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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

NRO.

DIV

59.87

303.839

9

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

DIV

CONTA

NRO.

DIV

(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 Lider 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

José Neto Ribeiro de Lacerda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

2020-07-24 10:57:58

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1987 - PARQUE PIAUI, PI

DATA: 17/01/2018 HORA: 10:50:38

TERMINAL: 1005 NSU: 000506 AUT: 0026

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000008

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

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

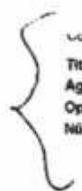
1a Via - Via Cliente

DEPARTAMENTO DE SINIS...
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

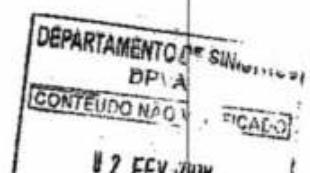
12 FEV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Casimiro de Abreu 465 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002-470





DETALHES DA CONTA CORRENTE
Titular: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA
Agência: 1987 - PARQUE PIAUÍ, PI
Operação: 013 - Conta Poupança
Número da conta: 001038528-6



GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Nort. CE 64.092





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),

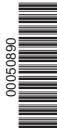
Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o número de sinistro 3180240671, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes cobertas pelo Seguro DPVAT em razão do acidente ocorrido em 30/03/2017. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br 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



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. 33



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

Pag. 01187/01188 - carta_01 - INVALIDEZ



00020594



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. 34

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

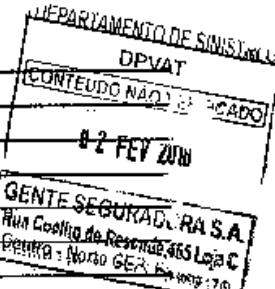


OUTORGANTE:

Nome: José Neto Ribeiro De Lacerda
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Casado
Identidade: 419.733
CPF: 096.591.703-78
Profissão: Agricultor
Endereço: AD-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: Recuperar-se
Endereço: Rua 24 De Janeiro nº 544
CEP: 64000-035
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



José Neto Ribeiro De Lacerda

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

TERESINA CAN 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITUL. MARIA ALEXIA IMPOTS S/NÚCIO DE AREAL
MAY DE SETEMBRO, 300 CDR-TRONHORTE CEP 64030-210 TERESINA-PI
LOTE 1008, S201-010-101-004 - E-mail: cdc@6oficio.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSE NETO RIBEIRO DE
LACERDA, D.O. PE. EM 15/01/2018, VERMELHO.
TERESINA-PI, 15/01/2018. Enc. 13, 00100-000 Total: 3,57
Selos: 02.56439 (P240P266) *Assinatura*

RECERTIFICO A FIMES DE 2018/2019 ESCREVENTE DA OFICINA
29/12/2018/30/12/2018

Certifio do 6º Ofício de Notas
Carla Teresita Vieira Silva
Escrevente Compromissária
Teresina-PI



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO VERIFICADO

Acidente

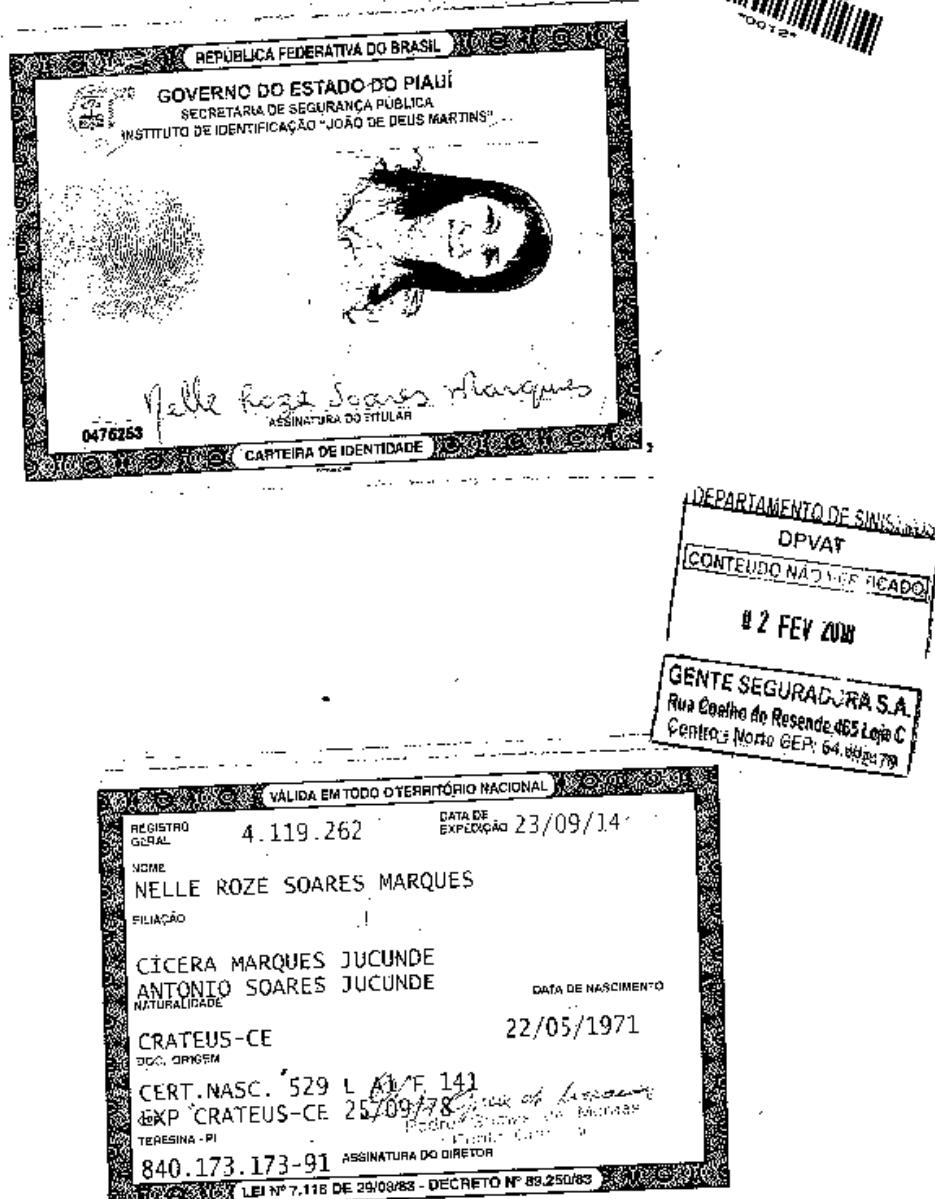


EDNA SOARES COUTINHO
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 205 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24247-000

Eu, José Neto Ribeiro de Souza, Brasileiro
nascido no dia 15/01/1981, CPF 096591703-78 declaro
para os devidos fins, que sofrer acidente
de trânsito na BR 230, no dia 30/03/2017 na
cidade de Floraíns PI. Eu TRAFEGAVA num
moto na preferencial quando uma moto
sain de uma rua transversal, e colidiu
com a moto que eu andava, de placa
nº 5541 renavaq 8742904PI chassis
FBN A20 2005, em nome de TOANA JACOB
MAGALHÃES. Minhas lesões eram
sem dano, e estou com sequelas. Poi
que fui batei, Poi peguei dor nas costas, e
estou usando muletas semanalmente, e
sem condições de trabalhar. enviei
Toana Jacob M. Magalhães, para que
pegasse uma declaração dela o mesmo
de que se eu fui atendido, com os
requisitos que tenho, e todos os documentos
que comprovam o acidente. O referido
é verdade e dou fé.
Assinado em 11 de maio de 2018.

JOSÉ NETO R. DE SOUZA





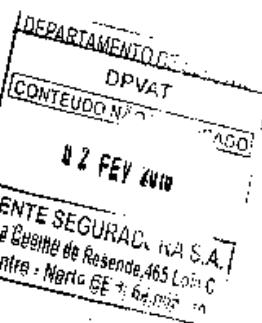


Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ÂNGELO PEREIRA
Avenida José Aquiles de Sousa, S/Nº
FRONTEIRAS/PI

CLIENTE:

Leandro Alves

Até ona qd dutor fui pra
pro: Weth Abreu Santa Ida en-
trada nesse horario no dia 30/03/2017
em torno de + 08 h qd paciente Adriana
qd ausente sintomatico (gco)
apresentando lesões e escoriações pelo
corpo. Com diagnóstico de *Rock*
shock. Onde foi atendido e
internado preventivamente tendo alta
hospitalar no 02/04/2017.



Data: 30/03/17

M
Carimbo e Assinatura

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

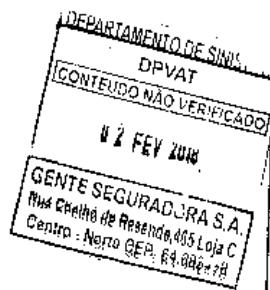


1. Estado do Piauí
 Secretaria de Saúde do Estado do Piauí - SESAPI
 ASSEPLAN / Centro de Informação de Saúde
 HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ÂNGELO PEREIRA
 CNPJ: 06.553.721/0001-05
 Av. José Aquiles de Sousa, S/Nº - Fronteiras - PI

FOLHA DE ADMISSÃO

Nome do paciente: <i>José Ribeiro de Lacerda</i>		Nº do registro: <i>28.106</i>		
Endereço: <i>2 Tamboril</i>	Município <i>Fronteiras.</i>	UF <i>PI</i>	Nº 05 enferm:	Nº leito: <i>06</i>
Data de nascimento: <i>06/05/1956</i>	Sexo: <i>M</i>	Condição: (<input type="checkbox"/> Seguradora) (<input type="checkbox"/> Cônjuge) (<input type="checkbox"/> Filho)		
Nome do Pai: <i>José Ribeiro Lima</i>	Nome da Mãe: <i>Maria Francisca da C. Lima</i>			
Nº individual (INSS)	Vinc. C/ Previd.	Data de entrada <i>30/03/17.</i>	Data de saída <i>02.04.14</i>	Tipo de alta <i>melhorar</i>

Resumo de Alta

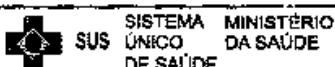


Diagnóstico Definitivo <i>Polyuria</i>	Procedimento Realizado <i>None</i>

Grauver Bento 2022-020

43 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR	44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF	<input type="checkbox"/>
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADO	





SISTEMA
UNICO
DA SAÚDE
DE SAÚDE

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNACÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HMNAP	26943011
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HMNAP	26943011

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - N° PRONTUÁRIO	
José Maria Ribeiro Boaventura	28.106	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
819300123714946225	06.05.1936	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO	
Maria Linda da C. Lima		
12 - ENDERÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	13 - MUNICÍPIO E RESIDÊNCIA	
Av. Tomboil	14 - CÓD. IBGE 15 - UF 16 - CEP	
Tremembé	2204303 PISI 6464600000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO-INITIAL	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	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N° DCID (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE
03	02	() CNS () CPF	
30 - NOME DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARMIMBO (Nº REG CONSELHO)	
	30.03.17		

PREENCHER EM CASO DE CÁUSAS EXTERNAS

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - N° DO BILHETE	41 - SÉRIE			

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR	44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO	47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADO	
() CNS () CPF		



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 FEVEREIRO

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

SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Ribeira, 465 Lote 06
Centro - Noroeste CEP: 64.000-070

CLIENTE: Jane nte k de Lacerda ENF: 05 LEITO: 06
DIAGNÓSTICO:

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	RUBRICA
10/03/17	Paciente afilado bateu a cabeça no piso por b. rebarba. Na tatuagem e lacrimejando alguma lesão na testa. Lembra-se, paciente de fármacos com indicação para coágulos (por anticoagulante), levou com o tempo o uso de mib. Nas últimas horas, melhora. Dá dor e evita acomodamento.	
10/03/17	Saque sob os cuidados da enfermagem. PA: 120x90 mmHg, T: 36°C	
30/03/17	Paciente consciente orientado calmo. Apresentava hipertermia 30:30 na veia e dia. 30/03/17 realizou extra sutura no pé de MID. Deambula com auxílio. Diurese e evacuações patiente 55VV-PA: 310x70 mmHg, T: 37°C	Dr. Anderson de Almeida COREN-PI 356.825
31/03/17	Paciente em repouso no leito, consciente orientada deambula com auxílio com edema em pé de MID, febre, eupneico, diurese e evacuações presentes. 55VV-PA: 310x90 mmHg, T: 36,9°C. Segue sob os cuidados da enfermagem.	Dr. Anderson de Almeida COREN-PI 356.825
01/04	Paciente em repouso no leito orientado, eupneico, afibril, deambulando com auxílio, comunicativo com edema em pé de MID, diurese e evacuações presentes. 55VV-PA: 130x80 mmHg, T: 36,3°C. Segue nos cuidados da enfermagem e de enfermagem.	Dr. Anderson de Almeida COREN-PI 356.825
02/04	Paciente em repouso no leito, calmo, orientado, eupneico, não apresenta deambulando com auxílio, queixa-se de edema e dor em nt.	Dr. Anderson de Almeida COREN-PI 356.825



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

CLIENTE: _____ ENF: 5 LEITO: 6

DIAGNÓSTICO:

ENF: 5 LEITO: 6

DIAGNÓSTICO:





**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 9.639/98

Pelo exposto, eu Nelle Rose 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 T P 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: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios: DPVAT

[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]

Recuso informar

12 FEVEREIRO

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, encaminhando o endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**DELEGACIA DE ENDEREÇO E ALVARÁ,
RUA Getúlio de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte - CEP: 64.000-235**

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

Local e Data

Teresina, 25 de Janeiro de 2018
Nelle Rose Soares Marques
Assinatura do Declarante

