

RELATÓRIO MÉDICO

Declinamos que a vítima sofreu do
nasuierato, foi vítima de acidente de trans-
to, fato ocorrido em 02.08.18 às 1800hrs. Fato
sofriu forte trauma que usou, causando
uma luxação do punho direito, tratado
de forma conservadora com tal gesso
complementado com fisioterapia,
com alta definitiva, Relato como
sequelas fortes de ve, limiten-
dos movimentos, com con-
sequência funcional de 60%

Edimar
22.11.18

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 NOV. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1478474609

ANTÔNIA ANDREIA DO NASCIMENTO

DOC. EXIBIDA / REG. EXIBIDA
1417236 SSP PI

CPF 726.590.473-68 DATA NASCIMENTO 22/04/1975

FUNÇÃO
JOSE DOS REIS C DO NASCIMENTO
MARIA DAS GRACAS S DO NASCIMENTO

PERMISSÃO
ACC CAT. A/B

Nº REGISTRO 05721517448 VALIDADE 25/07/2022 RENOVACÃO 04/03/2013

OBSERVAÇÕES

Antônia Andreia do Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL TERESINA, PI DATA DE EMISSÃO 25/07/2017

68135009600
PI319212769

PROIBIDO PLASTIFICAR
1478474609

PIAUI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 NOV. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

120

0476263

NELLE ROZE SOARES MARQUES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTÔNIO SOARES JUCUNDE

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CRATEUS-CE DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L. 11/F. 141
EXP. CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 NOV. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DETRAN

CONTR

VAL

DETRAN - PI
0120170274513

Nº 012427883702
31095884865

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
05780116c2e986dca71ebab34221c0626656d9076417

VIA 1 COO. RENAVAM 01012544793 RNTRO

NOME/ENDEREÇO
ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO
RUA LEDA MOURAO LOT CIDADE 04723
NOVO HORIZONTE PI

CPE/CNPJ 72659947368 PLACA PID-7864

NOME ANTERIOR
FRANCISCO GERSON RODRIGUES DA SILVA

PLACA ANT/UF - CHASSI 9C2HC1420ER025034

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA /NENHUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 100 ES ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP/POT/CIL 02P/0097CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES
0 PBT: 000.27
SEM RESTRICOES

LOCAL TERESINA DATA 05/07/2017

ASSO MARTINS DO REBO LOBÃO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 NOV. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180535726**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

R CAMPINORTE, 4723 - URBANP - Teresina - PI - CEP 64000-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1417236**

Data e local do acidente: [**02/08/2018**] **AV ITARARÉ NOVO HORIZONTE TERESINA PI**

Data e local do exame: [**13/12/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE ULNA DISTAL DIREITA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO PUNHO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM NOVEMBRO DE 2018.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA FUNCIONAL DO PUNHO DIREITO.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

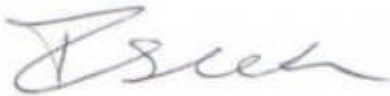
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180535726 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 02/08/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EM ULNA DISTAL DIREITA SEM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180535726 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 02/08/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EM ULNA DISTAL DIREITA SEM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180535726 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 02/08/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ULNA DISTAL DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO PUNHO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM NOVEMBRO DE 2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do punho D devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido conforme parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180535726 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 02/08/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ULNA DISTAL DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO PUNHO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM NOVEMBRO DE 2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do punho D devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido conforme parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Antonia Andreia Do Nascimento
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 1417236
CPF: 726.599.473-68
Profissão: Assistente administrativo
Endereço: R. Campimense nº 4723
CEP: 64000-000
Telefone: (86) 3303-4104 99534-6565

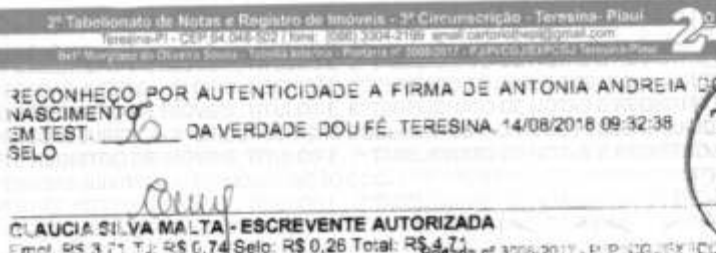
OUTORGADO:

Nome: Uelto Rose Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 840.173.173-91
Profissão: Recurso
Endereço: Rua 24 De Janeiro nº 544
CEP: 64000-235
Telefone: (86) 3303-4104 99534-6565

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer 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: Antonia Andreia Do Nascimento

Terresina (PI) 14 de Agosto de 2018.
Local e data

Antonia Andreia Do Nascimento
Assinatura do OUTORGANTE
(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413312/18

Número do Sinistro: 3180535726

Vítima: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

CPF: 726.599.473-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/08/2018

Titular do CPF: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2018
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000025901-3

Nr. da Autenticação FBD15587F25AF6C6

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180535726**

Vítima: **ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **02/08/2018**

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 3180535726**.

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 13596766



Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180535726

Vítima: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13605808



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO**

Sinistro: **3180535726**

Vítima: **ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **02/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180535726** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

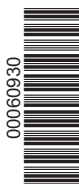
Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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 13669183



Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180535726

Vítima: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

726.599.473-68

Nome completo da vítima:

Antonio Andreia do Nascimento

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

Nome completo:

Antonio Andreia do Nascimento

CPF:

726.599.473-68

Profissão:

Recuso

Endereço:

Rua Campineira

Número:

4723

Complemento:

Casa

Bairro:

Urbano

Cidade:

Teresina

Estado:

PI

CEP:

64000-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(86) 99534-6565

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Caixa

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3607

CONTA:

25901

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa desistência de contestar a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2018

SEMPRE na documentação
RUBRICAR e ASSINAR as lesões
permanentes decorrentes de acidente de trânsito
com a futura
avaliação médica CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data:

Teresina - Piauí 20/12/18

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

726.599.473-68

Nome completo da vítima

Antonia Andreia Do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Antonia Andreia Do Nascimento

CPF titular da conta

726.599.473-68

Profissão

Assistente administrativa

Endereço

R. Compunente

Número

4723

Complemento

Casa

Bairro

Urbano

Cidade

Teresina

Estado

PI

CEP

64000-000

Email

Telefone (DDD)

(86) 3303-4104

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

0029

(Informar dígito se existir)

334268

(Informar dígito se existir)

(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, 08 de Novembro de 2018

Local e Data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 NOV. 2018

SEGURO LÍDER S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Antonia Andreia do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 NOV. -2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002836/2018-44

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 13/08/2018 - 09:14

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. ITARARÉ, Nº:

Complemento

Data/Hora

02/08/2018 - 18:00

485447

Bairro

NOVO HORIZONTE

Ponto de Referência

IGREJA ASSEMBLEIA DE DEUS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

RG: 1417236 PI

Mãe: MARIA DAS GRAÇAS SOBRAL DO NASCIMENTO

Endereço: RUA LEDA MOURÃO, Nº 4723

Complemento: LOT. CIDADE VERDE

Bairro: NOVO HORIZONTE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA HONDA/BIZ 100 ES, PLACA PID-7864-PI, COR PRETA, RENAVAM 01012544793, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO CAIU APÓS ATROPELAR UM ANIMAL (CACHORRO). FOI SOCORRIDA POR FAMILIARES E LEVADA PARA A UPA. (PRONT. 121068). TESTEMUNHA: FRANCISCO GERSON RODRIGUES DA SILVA, RUA LEDA MOURÃO, 4916-NOVO HORIZONTE. DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa
Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

Antonia Andreia do Nascimento
ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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 interdita 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

Antônia Andreia Do Nascimento

CPF da Vítima

726.599.473-68

Data do Acidente

02/08/2018

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 os 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 prazo superior a 90 (noventa) 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 NOV. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002471

Teresina, 08 de Novembro de 2018

Local e Data

Antônia Andreia do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Imp: 02/08/2018 20:07:00
(User: MARIO RAULINO)
(Estação: SALADEGESSO-PI)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Prontuário: 121061

Nome: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

Pai: JOSE DOS REIS CUNHA DO NASCIMENTO

Mãe: MARIA DAS GRACAS SOBRAL DO NASCIMENTO

End.Resid.: R LEDA MOURAO 4723, CIDADE VERDE - NOVO HORIZONTE - TERESINA - PI - CEP: -

Nascimento: 27/04/1975 Idade: 43a3m5d

Sexo: Feminino

Fone: 86-98809-5205

Responsável: O MESMO

CNS: 704601172168425

Profissão:

Documento: CPF: 726.599.473-68

G. Instrução: Não informado

E.Civil: Solteiro(a)

End.Local: - - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 275088

Entrada: 02/08/2018 18:32:49

Convênio: S U S

Proced: 0301060096

Motivo da Procura
(Conforme Paciente/Acomp): OUTRAS QUEIXAS

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:
QUEDASClassificação:
Dor moderada

Cor:

Amarelo

Breve História Clas. Risco:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO RECENTE, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTANDO LESOES EM FACE E DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM MSD. ALERGICA A PLASIL. NEGA DESMAIO, NEGA VOMITOS.

ISADORA LIMA PORTO MATOS
COREN 427408
Em: 02/08/2018 18:59:06

SSVV:

(Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, ESTAVA SEM CAPACETE, APRESENTANDO LESOES EM FACE E DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM MSD. ALERGICA A PLASIL. NEGA DESMAIO, NEGA VOMITOS.

CD: TALA GESSADA

ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO DE CLINICA MÉDICA, COM TRAUMA EM CABEÇA (SEM CAPACETE)

Diagnóstico Inicial:

Contusão de outras partes do punho e da mão

CID:
S602

Exames Complementares:

RX COM FRATURA EM ULNA DISTAL SEM DESVIO. ENCONTRA-SE EDEMACIADO PUNHO.

Prescrição Médica:

- 1 - DAPIRONA 1 G + AD EV
- 2 - TILATIL 40 MG + AD EV

Motivo da Alta/Encerramento:

Continua Tratamento na Unidade

DATA: 02/08/18

HORA: 20:02

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

13 NOV. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro, N.º CEP: 64.002470

Assinatura Paciente ou Responsável

MARIO FELIPE DE JESUS SIMEAO RAULINO
4896/PI Em: 02/08/2018 20:07:00

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.748/0001-89 / Insc. Estadual: 19.201.383-9
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ/PA/08

Nº da Nota Fiscal: 008330586

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

PERÍODO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	VALOR A PAGAR
JULHO/2018	18/07/2018	145	136,63

ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO
R. CAMPINORTE 4723 B-URBANO
CPF: 00072659947368
CEP: 64.000-000 - TERESINA

CONSUMO (KWH)	VALOR A PAGAR
Atual: 6607	Atual: 11/07/2018
Anterior: 6462	Anterior: 13/06/2018
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima Letura: 13/08/2018
Consumo Medidor: 145	Emissão: 18/07/2018
Consumo Faturado: 145	Apresentação: 11/07/2018
NORMAL	28

Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1655960		1.1.1.1	179

PERÍODO	CONSUMO (KWH)	VALOR A PAGAR
JUN/18	158	120,68
MAI/18	178	10,51
ABR/18	163	1,00
MAR/18	203	2,72
FEV/18	190	1,72
JAN/18	184	
DEZ/17	230	
NOV/17	220	
OUT/17	183	
SET/17	188	
TARIFA COM TRIBUTOS:		
0 A 145 - 0,944230		

Mes/Ano	Valor R\$	Descrição
06/2018	141,09	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/07/2018. O rec. pagamento por deve anular também e inclusão do nome do consumidor na suspensão. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1-5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 5D6A.D329.67C8.C966.02AC.81DC.463C.DEFC

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	VALORES DE DEDUTÍVEL
Distribuição: 25,01	Sujeito de Cálculo: 120,68
Energia: 47,54	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 7,48	Valor do ICMS: 26,54
Encargos: 7,57	Valor do PIS: 1,17
Tributos: 33,08	Valor do COFINS: 5,37

VALORES DE CONTABILIDADE
3,19 10,39 20,77 3,36 6,73 13,45 2,94
0,00 0,00 0,00

TERESINA - JOCKEY

05/2018 51,91





Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO



012814763

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2012.

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 05.840.748/0001-89 | Ins. Estadual 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ/PA/98

CONTAS PÉES	VERIFICAMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	01/11/2018	96	34,47

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

DADOS DA LEITURA	DATA	DADOS DA LEITURA	DATA
Atual:	18910	Atual:	24/09/2018
Anterior:	1,000	Anterior:	26/11/2018
Constante de Multiplicação:	96	Próxima Leitura:	24/10/2018
Consumo Medido:	96	Emissão:	25/10/2018
Consumo Faturado:	NORMAL	Apresentação:	31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Comércio/Indústria	Monofase	Atividade	Posto	Código-Set-1	Média 12 meses
COMERCIAL					207
HISTÓRICO kWh					
SE	Consumo	Descrição	Valor	Valor	Valor
AGO/18	232	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,96		
JUL/18	184	CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00	0,84		
JUN/18	208	MULTA POR ATRASO 09/18-00	5,36		
MAI/18	211	JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00	1,25		
ABR/18	159	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,79		
MAR/18	307				
FEV/18	224				
JAN/18	271				
DEZ/17	314				
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 96 - 0,504030					

MENSAGENS IMPORTANTES / PRAZO DE VENCIMENTO
Parabéns! Até o dia 24/10/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO E715.715B.3FC6.2091.1F57.B3ED.608B.5D6C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	10,58	Base de Cálculo:	30,00
Energia:	31,48	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,95	Valor do ICMS:	17,61
Encargos:	5,01	Valor do PIS:	0,79
Tributos:	22,06	Valor do COFINS:	3,66

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
ICMS				COFINS			
Valor	Anterior	Atual	Valor	Anterior	Atual	Valor	Anterior
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
0,00			0,00			0,00	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 NOV. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 41
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonia Andreia do Nascimento inscrito
(a) no CPF sob o Nº 726.599.473 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Antonia Andreia do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 726.599.473 / 68, 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, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Terresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>(86) 3303-4104</u>		Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Terresina, 08 de Novembro de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 NOV. 2018
AGENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 02/08/2018 20:07:00

(User: MARIO RAULINO)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

Nome: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO		Prontuário: 121061	
Mãe: MARIA DAS GRACAS SOBRAL DO NASCIMENTO	Pai: JOSE DOS REIS CUNHA DO NASCIMENTO		
End.Resid.: R LEDA MOURAO 4723, CIDADE VERDE - NOVO HORIZONTE - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 27/04/1975	Idade: 43a3m5d	Sexo: Feminino	Fone: 86-98809-5205
Responsável: O MESMO	CNS: 704601172168425		
Profissão:	Documento: CPF: 726.599.473-68		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 275088	Entrada: 02/08/2018 18:32:49	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): OUTRAS QUEIXAS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO RECENTE, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTANDO LESOES EM FACE E DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM MSD. ALERGICA A PLASIL. NEGA DESMAIO, NEGA VOMITOS.		ISADORA LIMA PORTO MATOS COREN 427408 Em: 02/08/2018 18:59:06

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, ESTAVA SEM CAPACETE, APRESENTANDO LESOES EM FACE E DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM MSD. ALERGICA A PLASIL. NEGA DESMAIO, NEGA VOMITOS.

CD: TALA GESSADA

ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO DE CLINICA MÉDICA, COM TRAUMA EM CABEÇA (SEM CAPACETE)

Diagnóstico Inicial: Contusão de outras partes do punho e da mão	CID: S602
---	--------------

Exames Complementares:

RX COM FRATURA EM ULNA DISTAL SEM DESVIO. ENCONTRA-SE EDEMACIADO PUNHO.

Prescrição Médica:

- 1 - DIPIRONA 1 G + AD EV
- 2 - TILATIL 40 MG + AD EV

Motivo da Alta/Encerramento:

Continua Tratamento na Unidade

DATA: 02/08/18

HORA: 20:07



Assinatura Paciente ou Responsável

MARIO FELIPE DE JESUS SIMEAO RAULINO
4896/PI Em: 02/08/2018 20:07:00

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 02/08/2018 20:07:00

(User: MARIO RAULINO)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO		Prontuário: 121061	
Mãe: MARIA DAS GRACAS SOBRAL DO NASCIMENTO		Pai: JOSE DOS REIS CUNHA DO NASCIMENTO	
End.Resid.: R LEDA MOURAO 4723, CIDADE VERDE - NOVO HORIZONTE - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 27/04/1975	Idade: 43a3m5d	Sexo: Feminino	Fone: 86-98809-5205
Responsável: O MESMO		CNS: 704601172168425	
Profissão:		Documento: CPF: 726.599.473-68	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 275088	Entrada: 02/08/2018 18:32:49	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): OUTRAS QUEIXAS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO RECENTE, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTANDO LESOES EM FACE E DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM MSD. ALERGICA A PLASIL. NEGA DESMAIO, NEGA VOMITOS.		ISADORA LIMA PORTO MATOS COREN 427408 Em: 02/08/2018 18:59:06

SSVV: (Hora: ____:____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, ESTAVA SEM CAPACETE, APRESENTANDO LESOES EM FACE E DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM MSD. ALERGICA A PLASIL. NEGA DESMAIO, NEGA VOMITOS. CD: TALA GESSADA ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO DE CLINICA MÉDICA, COM TRAUMA EM CABEÇA (SEM CAPACETE)
--

Diagnóstico Inicial: Contusão de outras partes do punho e da mão	CID: S602
--	---------------------

Exames Complementares: RX COM FRATURA EM ULNA DISTAL SEM DESVIO. ENCONTRA-SE EDEMACIADO PUNHO

Prescrição Médica: 1 - DIPIRONA 1 G + AD EV 2 - TILATIL 40 MG + AD EV
--

Motivo da Alta/Encerramento: Continua Tratamento na Unidade	DATA: 02/08/18	HORA: 20:02
---	-----------------------	--------------------



Assinatura Paciente ou Responsável

MARIO FELIPE DE JESUS SIMEAO RAULINO
4896/PI Em: 02/08/2018 20:07:00