



# CLÍNICA MACHADO

## RELATÓRIO MÉDICO

Declinus que se fom a noite do  
nauicato, foi vítima de radacete de forma-  
do, foto ocorrida em 02.08.18 às 1800hs. Ficou  
sofri forte trauma que mso, cerasando  
com luxação do pulso direito, rosto  
de forma conservando com tração  
complacemnto com fratura  
com elas definitiva, reto no caso  
sequela forte de retraimento  
dos movimentos, com con-  
secuente função de 60%

- 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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 NOV. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva  
Fones: 98821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.119.262	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME		NELLE ROZE SOARES MARQUES	
FILIAÇÃO		CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE	
NATUA LIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
CRATEUS-CE DOC. ORIGEM		22/05/1971	
CERT. NASC. 529 L AL/F 141 6KGP CRATEUS-CE 25/09/78 TERESINA - PI		Pedro Gomes da Moraes Presto Criminal ASSINATURA DO DIRETOR 840.173.173-91	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - 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

DETTRAN - PI  
0120170274513N.º 012427883702  
3109584865CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
05780115c2e986dca71abab534221c0628656d9076417

1 VIA COD. PESAVAM RNFRO

NOME/ENDEREÇO  
ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTORUA LEDA MOURAO LOT CIDADE 04723  
NOVO HORIZONTE PICPF/CNPJ PLACA  
72659947368 PID-7864NOME ANTERIOR  
FRANCISCO GERSON RODRIGUES DA SILVAPLACA ANTO/UF CHASSI  
- 9C2HC1420ER025034ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PAS/MOTONETA /NENHUMA GASOLINAMARA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/BIZ 100 ES 2014 2014CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
02P/0097CC PARTIC PRETAOBSERVAÇÕES  
0 PBT: 000.27

SEM RESTRIÇOES

TERESINA LOCAL 05/07/2017

ANDRÉ MARTINS DO RÉDIO LOPAO  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

EXPIRAÇÃO

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?

[ **X** ] 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)?

[ **X** ] 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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**PUNHO DIREITO**

% 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

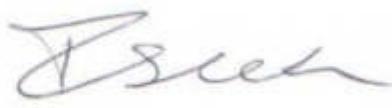
Região Corporal (Sequela):

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

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      **Data do acidente:** 02/08/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
NASCIMENTO

## 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
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

## 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
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## 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** VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30°) DO PUNHO DIREITO, **médico pericial:** 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## 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      **Data do acidente:** 02/08/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
NASCIMENTO

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE ULNA DISTAL DIREITA.

**Descrição do exame** VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30°) DO PUNHO DIREITO,  
**médico pericial:** 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## 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:**





# 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

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

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: 00000025901-3

---

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**



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 médica-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](http://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.

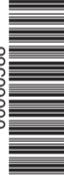
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

---

**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



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

**esco<sup>ta</sup>ca (a) tipo(s) de cobertura:**  **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)**  **INVALIDEZ PERMANENTE**  **MORTE**

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	726.599.473-68	Antônio Andrade do Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIARIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Antônio Andrade do Nascimento		CPF: 726.599.473-68	
Profissão: Revisor	Endereço: Rua Campinense	Número: 473	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\$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  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <u>Caixa</u>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text" value=""/> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="text" value=""/> <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA: <input type="text" value="1607"/> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="text" value="25 901"/> <input type="checkbox"/>
(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 e/ou auiliar 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 benefícios de SINISTROS OPVAT 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 VERIFICADO  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou 10 JAN 2010  
 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, na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de permanência com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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:  
Viventes: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avôs vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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: Capital da última ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <u>Teresina - Piauí 20/12/18</u> Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS 1 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura
		2 <sup>a</sup>   Nome: _____

Assinatura de quem assina A Nocô  
Antonia Andrade da Nascimento  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RGÓ, na presença de um parente, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



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 Andrade do Nascimento

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Antonia Andrade Do Nascimento	726.599.473-68	Assistente administrativa
Endereço	Número	Complemento
R. Campinorte	4723	Casa
Bairro	Estado	CEP
urbano	PI	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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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
<input type="checkbox"/> 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	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<b>BANCO</b> Nome: _____ NRO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<b>AGÊNCIA</b> NRO: 0029	<b>CONTA</b> NRO: 334268	<b>AGÊNCIA</b> NRO: _____	<b>CONTA</b> NRO: _____
D/V: _____	D/V: _____	D/V: _____	D/V: _____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura seguradora 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

13 NOV. 2018

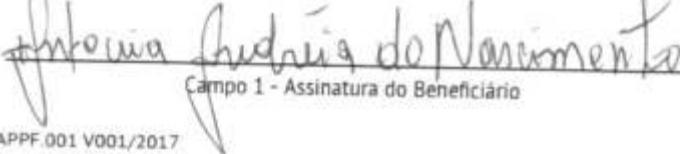
GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

Local e Data

2018



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

13 NOV. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470



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



## 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

485447

Data/Hora

02/08/2018 - 18:00

Bairro

NOVO HORIZONTE

Ponto de Referência

IGREJA ASSEMBLEIA DE DEUS

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

RG: 1417236 PI

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: MARIA DAS GRAÇAS SOBRAL DO NASCIMENTO

Endereço: RUA LEDA MOURÃO, Nº 4723

Complemento: LOT. CIDADE VERDE

Bairro: NOVO HORIZONTE

Cidade: TERESINA

### 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 - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Policia



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Antonia Andrade do Nascimento</i>	726.599.473-68	02/08/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
<i>Antonia Andrade do Nascimento</i>	
Email	Telefone (DDD) <i>(86) 3303-4104</i>

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
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 NOV. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-471

*Teresina, 08 de Novembro de 2018*

Local e Data

*Antonia Andrade do Nascimento*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Prontuário: 121061

Nome: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO			
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
Responsável:	O MESMO		
Profissão:			
G. Instrução:	Não informado		
End. Local.:	-		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 275088	Entrada: 02/08/2018 18:32:49	Convênio: SUS	Proced: 0301060096
----------------	------------------------------	---------------	--------------------

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

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
QUEDAS	Dor moderada	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: ____ : ____)		mmHg						
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m <sup>2</sup>	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:	CID: S602
Contusão de outras partes do punho e da mão	

## Exames Complementares:

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

13 NOV. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Goiânia de Resende, 465 Loja C

Centro-Norte CEP: 64.002-470

HORA: 20:07

## 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



Eletrobras  
Distribuição Piauí

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0622665-5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-8  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SFAZ 04/98

Nº da Nota Fiscal 008330586  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

DATA DO FATURAMENTO | VENCIMENTO | COD. SÉRIE (FCAM) | TOTAL A PAGAR (R\$)

JULHO/2018 18/07/2018 145 136,63

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

LEITURA DE FEVEREIRO	kmh	DATA DE REFERÊNCIA	
Atual:	6607	Até:	11/07/2018
Anterior:	6462	Anterior:	13/06/2018
Correção de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	13/08/2018
Consumo Medido:	145	Emissão:	10/07/2018
Consumo Faturado:	145 FCAM	Apresentação:	11/07/2018

NORMAL

DETALHADA, UNIDADE FISCAL/UF/ID/UF

Class/Subclasse	Unidade	Número Medidor	Pasta	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1655960	1.1.1.1	179	

DETALHADA, UNIDADE FISCAL/UF/ID/UF		DESCRIÇÃO DA LEITURA
Mês/ano consumo		
JUN/18	158	CONSUMO 145 A R\$ 0,832309 = 120,68
MAI/18	178	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 10,51
ABR/18	163	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00 1,00
MAR/18	203	MULTA POR ATRASO 05/18-00 2,72
FEV/18	190	JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00 1,72
JAN/18	184	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 7,24
DEZ/17	230	
NOV/17	220	
OUT/17	183	
SET/17	188	
TOTAL 20H TRIBUTOS:		
R\$ 145 - R\$ 0,584890		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Año Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de  
06/2018 141,09 energia elétrica a partir de 20/07/2018. O não pagamento PODE  
deixar ensejo também a inclusão do nome do consumidor na  
SÉRIE 0100. 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

IMPOSTOS DA CONTA - R\$		1000510530080110200000	
Contribuição:	25,01	Síntese 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

INFORMAÇÕES DE CORRIGIBILIDADE

5,19 10,39 20,77 3,36 6,73 13,45 2,94  
0,00 0,00 0,00

05/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Eletrobras  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-8

SEU CÓDIGO

0622665-5

TOTAL A PAGAR

136,63

MÊS FATURADO

07/2018

VENCIMENTO

18/07/2018

13 NOV. 2018

ENTE SEGURADORA S.A.

Rua Goiela de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

83680000001 7 36630017000 3 00000000622 1 66550718008 1



SEQ.: 00362 UC: 0622665-5 DT. LEIT.: 11/07/2018 T. ENTR.: 01

LEITURA: 6607 NORMAL TOTAL: 136,63 CARGA: 006

DT.VENC.: 18/07/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2092



Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

000100977

012814763

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 739 - Centro/3º - Teresina - PI  
CNPJ: 05.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Impressão autorizada pela SIE/ME/46/98

Nº da Nota Fiscal  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

DATA FOLHA	VALIDADE	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	01/11/2018	90	34,47

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

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
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 Padrão:	NORMAL	Apresentação:	31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Nome/Franchises	Mercado	Máximo	Mínimo	Posto	Média Táximas
COMERCIAL	MONTE	1.715.715B.3FC6.2091.1F57.B3ED.608B.5D6C			287
HISTÓRICO kWh					
SE Médio consumo					
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 TIRADENTES					
B A 96 - 0,504096					

Este é o seu Último DIA DE VENCIMENTO! 24/10/2018  
Parabéns! Até o dia 24/10/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

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

COMPOSIÇÃO DA FOLHA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	10,36	Base de Cálculo:	80,06
Energia:	31,48	Aliquota 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

Anterior	Posterior	Anterior	Posterior	Anterior	Posterior
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45
0,00		0,00		0,00	

TIPO DE FOLHA: 000100977

08/10/18

67,67

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173-41 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonia Andrade do nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 726.599.473-68, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Antonio Andrade do nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 726.599.473-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso 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 Janlino</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email				Telefone comercial (DDD)	<u>(86) 3303-4104</u>	Telefone celular (DDD)
						<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 08 de Novembro de 2018  
Local e Data

Nelle Rose Soares Marques  
Assinatura do Declarante

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**  
**13 NOV. 2018**

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

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

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## 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:	Classificação:	Cor:
QUEDAS	Dor moderada	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/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	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 URNA DISTAL SEM DESVIO. ENCONTRA-SE EDEMACIADO PUNHO.

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
13 NOV. 2018

**GENTE SEGURADORA S.A.**  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
HORA: 00:00

## Motivo da Alta/Encerramento:

Continua Tratamento na Unidade

DATA: 02/08/18

Assinatura Paciente ou Responsável

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

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

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

## DADOS DO ATENDIMENTO:

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

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
QUEDAS	Dor moderada	Amarelo

<u>Breve História Clas. Risco:</u> 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.	<u>ISADORA LIMA PORTO MATOS</u> COREN 427408 Em: 02/08/2018 18:59:06
--	--

<u>SSVV:</u> (Hora: ____ : ____)	<u>Peso:</u> 0,00 Kg	<u>Altura:</u> 0,00 M	<u>IMC:</u> 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	<u>Pulso:</u> bmp	<u>Pressão:</u> mmHg
----------------------------------	----------------------	-----------------------	------------------------------------	-------------------	----------------------

<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u> 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)					

<u>Diagnóstico Inicial:</u> Contusão de outras partes do punho e da mão	<u>CID:</u> S602
--	---------------------

<u>Exames Complementares:</u> RX COM FRATURA EM ULNA DISTAL SEM DESVIO. ENCONTRA-SE EDEMACIADO PUNHO	<u>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</u> DPVAT
---	---

<u>Prescrição Médica:</u> 1 - DIPIRONA 1 G + AD EV 2 - TILATIL 40 MG + AD EV	<u>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</u>
<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u> Continua Tratamento na Unidade	<u>13 NOV. 2018</u>

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u> Continua Tratamento na Unidade	<u>DATA:</u> 02/08/18	<u>HORA:</u> 20:07
---	-----------------------	--------------------