

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Leany de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jean Carlos de Oliveira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.298.643-97 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jean Carlos de Oliveira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.298.643-97 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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, que estou 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: Rui Barbosa</u>		Número: <u>3814</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Pq. Alvorada</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>Piauí</u>	CEP: _____
Email: _____	Telefone comercial(DDD): _____		Telefone celular (DDD): <u>(86)994729591</u>

Tr, Pi 05 de 06 de 18
Local e Data

Keylly Leany de Oliveira
Assinatura do Declarante

Declaração do proprietário do veículo

Eu, Janisleide Reis Dias

RG nº 595.050, data de expedição 27 / 05 / 14.

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº.

347.852.133-53, com domicílio na cidade.

De Monseñhor Gil no Estado de Piauí

Onde resido na (Rua / Avenida / Estrada)

Rua: Poty N° 205 B. Long. Valdir Azeredo

complemento B. Santa Inês

Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de

Minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

03/04/2018 chopadinha sul o condutor

Era para Carlos de Oliveira Silva

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda / POP 150I

Ano: 2017 / 2017

Placa: PSO - 8533

Chassi: 9C28B0500H1247092

Data do acidente: 03.04.2018

Local e Data: 23/05/2018 Demerval Lobão - Piauí

Janisleide Reis Dias

Assinatura do Declarante

Janisleide Reis Dias

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima Reclamante do sinistro)



Declaração do proprietário do veículo

Eu, _____
 RG nº _____ data de expedição _____
 Orgão _____ portador do CPF nº _____
 com domicílio na cidade _____
 De _____ no Estado de _____
 Onde resido na (Rua / Avenida / Estrada) _____

nr _____ complemento _____
 Declaro, sob as penas da lei, que o veículo acima mencionado é de minha propriedade na data do acidente ocorrido em _____
 o condutor _____
 O 5 JUL 2018
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DIPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 463 Lga C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

DEMERVAL LOBÃO
 Rua Padre Joaquim Noronha, 807 - Centro - Demerval Lobão-PI - CEP: 64.080-000
 E-mail: carlosdemervallobao@gmail.com - Fone: (88) 3296-1712
 Gencile Ferreira da Silva - Tabelião Intermunicipal

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE: JEAN CARLOS DE OLIVEIRA SILVA e JANSLENE REIS DIAS, DOU FE. EN TEST. DA _____
 Lobão-PI, 23/05/2018. Empl.: 42 TJ: 1.48 Selo: 0,50
 Total: 9,40 Selo: ABA 13897 (PROPIET)

NATHYLA LUISA OLIVEIRA **PODE ESTAR AUTORIZADA**
 Escrevente Autorizada

Selo de Fiscalização e Autenticidade
 Poder Judiciário
 Tabela de Selo
 Registro e Judicial
RECONHECIMENTO DE FIRMA
ABA 13897

Selo de Fiscalização e Autenticidade
 Poder Judiciário
 Tabela de Selo
 Registro e Judicial
RECONHECIMENTO DE FIRMA
ABA 13898

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima Reclamante do sinistro) _____
 Assinatura do Declarante _____

.WUT
ID 2380
Autorização: 3826 53 844



Hospital João
Luiz de Moraes

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL JOÃO LUIZ DE MORAES



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Jean Carlos de Oliveira Silva

Idade: 27 Sexo: _____

Filiação:

Pai:

Mãe: Cristina Maria de Jesus Sousa

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Paciente 27 anos, vítima de acidente automobilístico
com motocicleta, com capacete, sofreu fratura exposta
em antebraço direito Glasgow 15, PA 130x80mmHg
Sat 96%, FC 75 bpm

Demerval Lobão(PI), 03 de Abril de 2018

Dr. Antonio Wanderson C. Cardoso
MÉDICO
CRM-PI 6936

Assinatura e Carimbo do Médico



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 

João Carlos de Oliveira SILVA
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.286.089 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/01/09

NOME JEAN CARLOS DE OLIVEIRA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIA MARIA DE OLIVEIRA SILVA
ANTONIO CARLOS DA SILVA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 12/01/1991

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 51011 L A66 F 036
EXP TERESINA-PI 26/11/91

TERESINA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 25/05/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

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

Ministério da Fazenda
Receita Federal

CPF

022 298 643-97
JEAN CARLOS DE OLIVEIRA SILVA

12/01/1991

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180308940 **Cidade:** Demerval Lobão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN CARLOS DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 03/04/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DA ULNA E RÁDIO DIREITOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ivone S. Valice

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180308940 **Cidade:** Demerval Lobão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN CARLOS DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 03/04/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE ULNA E RÁDIO DIREITOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de formas legíveis e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: João Carlos de Oliveira Silva
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: CASADO
Identidade: 3.286.089
CPF: 052.298.643-97
Profissão: AUXILIAR DE MECÂNICA
Endereço: Rua: Pety Numero: 203 B. Valinhos
CEP: 64.390-000
Telefone: 86 994729591 / (86) 98887-7569

OUTORGADO:

Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
RG: 2.212.129
CPF: 839.502.303-00
Profissão: CORRETOR (A)
Endereço: RUA: RUI BARBOSA Nº 3814 BAIRRO: PARQUE ALVORADA TERESINA- PIAUI
CEP: 64.000-090
Telefone: (86) 99472-9591 / 98807-7870 / 3213-2804

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeo e constituo meu bastante procurador o outorgado Acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER 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 seguradora consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a

Vítima João Carlos de Oliveira Silva
23/05/2018 Demerval Lobão - Piauí

Local e Data

João Carlos de Oliveira Silva

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade /verdadeira)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cosílio de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Cartório Único
Demerval Lobão-PI

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letra de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome:

Nacionalidade:

Estado Civil:

Idade:

CPF:

Profissão:

Endereço:

CEP:

Telefone:

OUTORGADO:

Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

ID: 5.515.138

CPF: 989.003.303-00

Profissão: DIRETOR (A)

Endereço: RUA: RUI BARBOSA Nº 3818 BAIRRO: PARQUE ALVARADA TERESINA - PIAUÍ

CEP: 64.000-000

Telefone: (86) 98473-8081 / 98473-1300

CARTÃO DE CREDITO DA DEMERVAL LOBÃO

Al. Padre Joaquim Norato, 907 - Centro - Demerval Lobão PI - CEP: 63.200-000
E-mail: cartao@demervallobao.com.br - Fone: (86) 3395-1111
Gonçalo Ferreira da Silva - Tabelião Inteiro

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FINE DA DEMERVAL LOBÃO

OLIVEIRA, SILVA, DOLY TE. DE - 7/2/1971
Demerval Lobão-PI, 23/05/2018 - Falt: 13,71
Selos: 0,25 Total: 4,70 Selos: 3,50 (R\$ 12)

NATHALIA LUISA OLIVEIRA MARRAS - ESCRIVENTE AUTORIZADA

Nathalia Luiza Oliveira Marreiros
Escrivente Autorizada

CARTÃO DE CREDITO DA DEMERVAL LOBÃO

Reconhecimento de Firma
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Cartório de Registro e Inventário
Juiz de Paz

RECONHECIMENTO DE FIRMA
ABA 13899

Local e Data:

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade / reconhecer)

RECEBIMOS DA DEMERVAL LOBÃO
O CARTÃO DE CREDITO DA
DEMERVAL LOBÃO Nº 13899
em 23/05/2018 por
NATHALIA LUISA OLIVEIRA MARRAS
Escrivente Autorizada

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JEAN CARLOS DE OLIVEIRA SILVA**

Nº Sinistro: **3180308940**

Vitima: **JEAN CARLOS DE OLIVEIRA SILVA**

Data do Acidente: **03/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180308940**.

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 13090924



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JEAN CARLOS DE OLIVEIRA SILVA
Nº Sinistro: 3180308940
Vitima: JEAN CARLOS DE OLIVEIRA SILVA
Data do Acidente: 03/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180308940**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



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

052.298.643.97

Nome completo da vítima

Jean Carlos de Oliveira Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Jean Carlos de Oliveira Silva

CPF titular da conta

052.298.643.97

Profissão

Aux. de Mecânica

Endereço

Rua: Poty

Bairro: Valinhos

Email

Cidade

Teresina

Número

203

Estado

Pi

Complemento

CEP

Telefone (DDD)

(86) 994729591

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

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

*** CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

*** CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

AGÊNCIA

NRO

3987

D/V

CONTA

NRO

305975

D/V

2

(Informar dígito se existir)

(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.

Tho, Pr 29 de 06 de 18

Local e Data

Jean Carlos de Oliveira Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

22/05/2018 HORA: 10:56:02
DATA EFETIVACAO: 22/05
CONVENIO: 000629529
OPERADOR: CEASA

AGENCIA: 1987
CONTA: 013.00105975-2
NOME: JEAN CARLOS DE OLIVEIRA S

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 142606.000511/2018-34

Unidade de Registro: 16º DP - DEMERVAL LOBÃO

Resp. pelo Registro: Jose Jarbas Ribeiro Gonçalves

Data/Hora: 24/05/2018 - 12:51

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

16º DP - DEMERVAL LOBÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

DEMERVAL LOBÃO

Endereço

RUA POTY, Nº. 205

Complemento

SANTA INEZ

Data/Hora

03/04/2018 - 18:30

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

COMECIO DO CHICO VITOR

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JEAN CARLOS OLIVEIRA SILVA

RG: 3286089 SSPPI PI

Mãe: ANTONIA MARIA DE OLIVEIRA

Pai: ANTONIO CARLOS DA SILVA

Endereço: RUA POTY, Nº 205

Complemento: SANTA INEZ

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: DEMERVAL LOBÃO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA POP110I

Ano: Placa: Chassi:

2017 PIO8533 9C2JB0100HR247092

Renavam:

01113657895

Cor:

Preta

Condutor: JEAN CARLOS DE OLIVEIRA SILVA

RG: 3286089 Órgão: SSPPI UF RG: PI

End: RUA POTY Número: 205 Complemento: SANTA INEZ

Cidade: DEMERVAL LOBÃO UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: JANISLEIDE REIS DIAS

End: RUA POTY Número: 203

Cidade: DEMERVAL LOBÃO UF: Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O Noticiante informa que, no dia 03/04/2018, por volta das 18.30 horas, fazia o trajeto de Teresina a Demerval Lobão, pela BR.316 na altura do Km 22 próximo ao povoado Chapadinha, quando ainda em movimento com sua motocicleta, furou o pneu, e o noticiante caiu, ficando o mesmo com varias fraturas, e a moto bastante danificada.

Jose Jarbas Ribeiro Gonçalves
Jose Jarbas Ribeiro Gonçalves - Mat. 0095805
AGENTE DE POLÍCIA

JEAN CARLOS OLIVEIRA SILVA
JEAN CARLOS OLIVEIRA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Franco Raimundo - MAT 009119-7



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

Jean Carlos de Oliveira Silva

CPF da Vítima

052.298.643-97

Data do Acidente

03.04.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Jean Carlos de Oliveira Silva

CPF do Representante legal

052.298.643-97

E-mail

Telefone (DDD)

(86)994729591

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.

Ter, Pi 29 de 06 de 18

Local e Data

X Jean Carlos de Oliveira Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



.NUT
ID 0380
Autorização: 3826 53 894



Hospital João
Luiz de Moraes

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL JOÃO LUIZ DE MORAES



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Jean Carlos de Oliveira Silva

Idade: 27 Sexo:

Filiação:

Pai:

Mãe: Cristina Maria de Jesus Souza

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Paciente 27 anos, vítima de acidente automobilístico
com motocicleta, com capacete, sofreu fratura exposta
em antebraço direito. Glasgow 15, PA 130x80mmHg
Sat 96%, FC 75 bpm

Demerval Lobão(PI), 03 de Abril de 2018

Dr. Antonio Wanderson C. Cardoso
MÉDICO
CRM-PI 6936

Assinatura e Carimbo do Médico



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: 05/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEAN CARLOS DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000105975-2

Nr. da Autenticação 285FCFA97AD24ECD

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ/PA

Nº da Nota Fiscal 004466163

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	23/04/2018	188	163,02

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
R. RUI BARBOSA 3814 3814 B-URBANO
CPF: 00083950230300
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 10.001.34.46.110410

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	16369	Atual:	16/04/2018
Anterior:	16181	Anterior:	15/03/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	15/05/2018
Consumo Medido:	188	Emissão:	13/04/2018
Consumo Faturado:	188	Apresentação:	16/04/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fel.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1432985		353-1	167

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAR/18 172	CONSUMO 188 A R\$ 0,747255 = 140,48
FEV/18 184	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 12,50
JAN/18 148	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X) 2,20
DEZ/17 188	MULTA POR ATRASO (2X) 4,97
NOV/17 168	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER 2,87
OUT/17 174	
SET/17 153	
AGO/17 152	
JUL/17 150	
JUN/17 182	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 100 - 0,554090	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/05/2018. O não pagamento por 30 dias consecutivos também é incluído no nome do consumidor no SCRAM. Consulte o atendimento ao cliente para mais informações por este aviso.
03/2018	145,18	

"ALÍQUOTA DE ICMS COM REAJUSTE DE 2%, CONFORME DECRETO N. 17.583, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017."
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PAGO DO VENCIMENTO 15 18 15 28 25

RESERVADO AO FISC - AD1A.EEBS.6FEE.9DSC.282A.FFAD.AA1A.1C47

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	29,74	Base de Cálculo:	140,48
Energia:	56,55	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	8,89	Valor do ICMS:	30,90
Encargos:	9,01	Valor do PIS:	0,96
Tributos:	36,29	Valor do COFINS:	4,43

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86	
0,00			0,00			0,00	
TERESINA				02/2018 53,66			

ROT: 10.001.34.46.110410

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO	1305223-3	TOTAL A PAGAR - R\$	163,02
MÊS FATURADO	04/2018	VENCIMENTO	23/04/2018
Nº da Nota Fiscal:	004466163	FCAM	

83630000001 2 63020017000 3 00000001305 2 22330418008 4



SEQ.: 00127 UC: 1305223-3 DT. LEIT.: 16/04/2018 T. ENTR.: 01
LEITURA: 16369 NORMAL TOTAL: 163,02 CARGA: 029
DT. VENC.: 23/04/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2191

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI