

---

**Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190001157**

**Vítima: MATHEUS ALVES COUTINHO**

**Data do Acidente: 01/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MATHEUS ALVES COUTINHO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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, 02 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190001157**                      **Vítima: MATHEUS ALVES COUTINHO**

**Data do Acidente: 01/01/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190001157**

**Vítima: MATHEUS ALVES COUTINHO**

**Data do Acidente: 01/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MATHEUS ALVES COUTINHO**

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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





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, 17 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190001157**

**Vítima: MATHEUS ALVES COUTINHO**

**Data do Acidente: 01/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190001157

Vítima: MATHEUS ALVES COUTINHO

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATHEUS ALVES COUTINHO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.350,00 |

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano

cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: MATHEUS ALVES COUTINHO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000084891-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

068.392.773-64

Nome completo da vítima

Matheus Alves Coutinho

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

Nome completo

Matheus Alves Coutinho

CPF titular da conta

068.392.773-64

Profissão

Expedientista

Endereço

Rua Prefeito Wael Ferraz

Número

3283

Complemento

Casa

Bairro

Angelim

Cidade

Terézina

Estado

PI

CEP

64040-840

E-mail

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 no 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

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

2004

84891

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.

Terézina, 03 de Julho de 2018

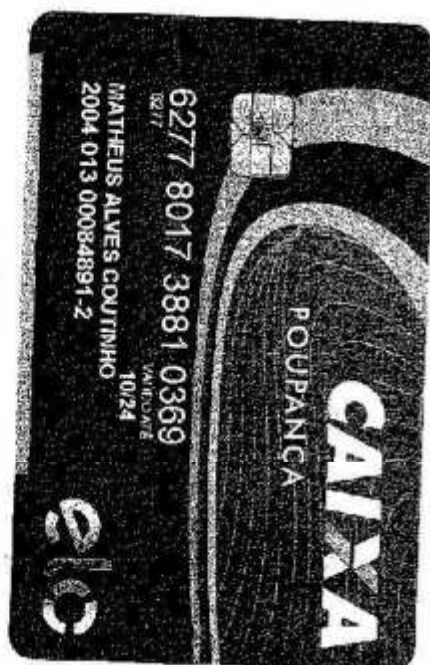
Local e Data

12 JUL 2018

Matheus Alves Coutinho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



6277 8017 3881 0369

02/17

VALIDAR

10/24

MATHEUS ALVES COUTINHO

2004-013 00084891-2

SPC

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190001157  
Nome do(a) Examinado(a): Matheus Alves Coutinho  
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Prefeito Wall Ferraz, 3283  
Angelim Teresina PI CEP: 64040-840  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ MTE / PI ] 6815413  
Data local do acidente: [ 01/01/2018 ]  
Data local do exame: [ 23/04/2019 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO  
-FRATURA ALINHADA EM OSSO FRONTAL ESQUERDO  
-HEMATOMA SUBDURAL EM CONVEXIDADE FRONTO TEMPORO PARIETAL ESQUERDA  
-COINTUSOES ENCEFALICAS HEMORRAGICAS FOCAIS EM LOBOS FRONTAL**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR  
Complicações: DANO NEUROLOGICO  
Data da Alta: 01/02/2018**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**PACIENTE EVOLUI COM EPISÓDIOS DE CEFALEIA, COM TONTURAS, COM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, EM USO DE ANTICONVULSIVANTE, COM LAPSOS DE MEMÓRIA.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

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

**DANO NEUROLOGICO COM EPISÓDIOS DE CEFALEIA, COM TONTURAS, COM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, CONFUSOES MENTAL ALEATORIAS, EM USO DE ANTICONVULSIVANTE, COM LAPSOS DE MEMÓRIA.**

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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE**

% do dano: (X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
D. Frederico Fonseca de Oliveira  
CPF - 047.547.326-42  
CRM/PI - 5058





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000296/2018-59

Complementar ao BO Nº: 100255.000295/2018-34

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 15/06/2018 - 12:14

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável  
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA  
Tipo Local  
VIA PÚBLICA  
Município  
TERESINA  
Endereço  
AV. FRANCISCO DE ASSIS, Nº:  
Complemento

Data/Hora  
01/01/2018 - 03:00

Bairro  
VILA IRMÃ DULCE

Ponto de Referência  
CHURRASCARIA TODO DE FRANGO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MATHEUS ALVES COUTINHO  
RG: 3585785 SSP/PI  
Mãe: FRANCILENE ALVES DOS SANTOS  
Pai: JOÃO OLADRO COUTINHO  
Endereço: RUA WALL FERREIRA Nº 3283 Nº  
Bairro: VILA IRMÃ DULCE  
Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA AV. FRANCISCO DE ASSIS, SENTIDO LESTE/CESTE CONDUZINDO A MOTO HONDA/POP 110, COR PRETA, ANO 2017, PLACA PIU-1014, RENAVAM 1121333733 DE PROPRIEDADE DO INFORMANTE, E NAS PROXIMIDADES DA CHURRASCARIA TODO DE FRANGO, DESEQUILIBROU-SE E CAIU AO PASSAREM EM UM BURACO NA VIA. FICANDO O INFORMANTE LESIONADO SEGUNDO PRONTUÁRIO Nº 448494, PARA ONDE FOI LEVADO APÓS SER SOCORRIDO PELO SAMU. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085186  
AGENTE DE POLÍCIA

MATHEUS ALVES COUTINHO - Notificante  
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 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<br><u>Matheus Alves Coutinho</u> | CPF da Vítima<br><u>068.392.773-64</u> | Data do Acidente<br><u>03/03/2018</u> |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

|                                      |                                         |
|--------------------------------------|-----------------------------------------|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante legal              |
| E-mail                               | Telefone (DDD)<br><u>(86) 3303-4104</u> |

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.

Teresina 03 de Julho de 2018  
Local e Data

Matheus Alves Coutinho  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

**REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

|                              |                                               |                                              |                          |                           |                         |
|------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Dados do Chamado             | 01 Nº do chamado                              | 02 Data do chamado                           | 03 PRO (código)          | 04 Saída do PA            | 05 Chegada ao local     |
|                              | 06 Saída do local                             | 07 Chegada ao 1º hospital                    | 08 Saída do 1º hospital  | 09 Chegada ao 2º hospital |                         |
| Local da Ocorrência          | 10 Endereço                                   | 11 Bairro                                    |                          | 12 Município/UF           | Código IBGE             |
|                              | 13 Ponto de referência                        |                                              |                          |                           |                         |
|                              | 14 Nome                                       | 15 Sexo                                      |                          |                           |                         |
| Dados do Paciente            | 16 Idade                                      | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? |                          | 18 - Outros               |                         |
|                              | 18 Tipo de ocorrência                         | 19 - Já removido                             |                          |                           |                         |
| Tipo de Ocorrência           | 19 - Já removido                              |                                              |                          |                           |                         |
|                              | 18 - Falso chamado                            |                                              |                          |                           |                         |
| Acidente de Transporte       | 19 Vítima                                     | 20 Meio de locomoção                         | 21 Outra parte envolvida | Equipamentos de segurança |                         |
|                              |                                               |                                              |                          |                           |                         |
| Exame Físico                 | 23 Glasgow =                                  |                                              | 24 Sinais Vitais         |                           | 25 Local da lesão       |
|                              |                                               |                                              |                          |                           |                         |
| Assistência                  | 26 Pupilas                                    |                                              | 27 Pulso Radial          |                           | 28 Sangramento          |
|                              |                                               |                                              |                          |                           |                         |
| Hospital de Destino          | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) |                                              | 32 Hospital de Destino   |                           | 33 Condições de entrada |
|                              |                                               |                                              |                          |                           |                         |
| Observações Interdisciplinar | 34 Óbito                                      |                                              |                          |                           |                         |
|                              |                                               |                                              |                          |                           |                         |

Paciente apresentando lesão aberta em couro cabeludo, região occipital, descomprimida. Sangramento intenso. O paciente relata que o mesmo ingeriu bebida alcoólica.

Socorristas Médico AE/TE Enfermeiro Condutor

# 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: 29/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS ALVES COUTINHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000084891-2

---

Nr. da Autenticação 138E72BAFC905664

Claro



00413214

OTCE FORTALEZA CE PL7  
FRANCILENE ALVES DOS SANTOS  
AV PREFEITO WALL FERRAZ 3283  
CASA ANGELIM  
64040-840 TERESINA PI

DATA DE VENCIMENTO: 09/04/18 - DATA DE POSTAGEM: 23/03/18



7218210573214320300009194750230318

Atendimento Claro - Ligue 1052.  
Auto-Atendimento - Lique 1052#  
Na Web - claro.com.br  
Visite o site: minhclaro.com.br  
para consultar o detalhamento da sua fatura.  
Se preferir receber mensalmente a sua fatura  
detalhada solicite através do 1052.  
Atendimento ao deficiente auditivo e  
da fala - Ligue 0800 036 2323

| Número do seu Claro | Período de Uso             | Vencimento | Total a Pagar |
|---------------------|----------------------------|------------|---------------|
| 86 99508 0412       | de 16/02/2018 a 15/03/2018 | 09/04/2018 | R\$ 56,22     |

Valor pago na última conta: R\$ 40,58

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais  
Oferta Conjunta Claro MIX  
Aplicativos Digitais  
Assinatura Controle (136)  
Juros e Multa  
Total do Mês

|                       |     |       |
|-----------------------|-----|-------|
| SABEMI SEGURADORA S/A | R\$ | 54,95 |
| 12 JUL 2018           | R\$ | 1,23  |
|                       | R\$ | 56,22 |
| <b>RECEBIDO</b>       | R\$ | 56,22 |

### Declaração de Quitação de Débitos

A Claro declara que, para os fins da Lei 12.007, de 29/07/2009, as faturas relativas ao ano de 2017, em que se refere aos serviços por ela prestados, se encontram quitadas.  
Esta declaração substitui as quitações mensais das mencionadas faturas do ano 2017.  
A presente quitação não abrange os serviços prestados por outras empresas que eventualmente tenham sido cobrados nas faturas da Claro.  
Não produz qualquer efeito jurídico liberatório em relação a faturamentos de débitos que sejam objeto de demandas judiciais. A contestação dos pagamentos de faturas através de cartão de crédito após a devida baixa, implicará a revogação automática da presente quitação.

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Prezado Cliente,  
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.

As taxas Bancárias e Locais de Cobrança. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Custos com o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos pagamentos do cliente). Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada no prestador.



CONSUMO

208 A R\$ 0,866912 =

180,31

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

Faça contrato com a  
Eletrobras, informando  
este número

0051869-7

CONTAHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 735 - Centro Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06.842.748/0001-89 Insc. Estadual: 13.201.203-0

Nº de Fisco: 00084017317391-0

Registre o contrato de fornecimento autorizado pela SEINFZ 06/98

Nº da Nota Fiscal

207516126

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.138 de 23 de abril de 2007.

JUNHO/2018

29/06/2018

208

199,86

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CPF: 00084017317391  
CEP: 64.020-235 - TERESINA

|                             |       |                  |            |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| Atua:                       | 18195 | Atua:            | 22/06/2018 |
| Atuação:                    | 17987 | Anterior:        | 23/05/2018 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: | 25/07/2018 |
| Consumo Medido:             | 208   | Emissão:         | 20/06/2018 |
| Consumo Referencial:        | 208   | Apresentação:    | 22/06/2018 |

|            |          |                   |         |                  |           |
|------------|----------|-------------------|---------|------------------|-----------|
| Quantidade | Apuração | Número de Medidor | Posição | Código de Acesso | Atividade |
| COMERCIAL  | MONO     | A3418748          |         | 3.5.3.1          | 310       |

|                                |         |                      |        |
|--------------------------------|---------|----------------------|--------|
| Consumo em kWh                 | Consumo | 208 A R\$ 0,866912 = | 180,31 |
| CONTR. ILUMINACAO PUR. (COSIP) |         |                      | 14,80  |
| CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00 |         |                      | 0,46   |
| MULTA POR ATRASO 05/18-00      |         |                      | 3,48   |
| JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00 |         |                      | 0,81   |
| ADICIONAL BANDEIRA AMARELA     |         | 0,56                 |        |
| ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA    |         | 7,52                 |        |

|                                |         |                      |        |
|--------------------------------|---------|----------------------|--------|
| Consumo em kWh                 | Consumo | 208 A R\$ 0,866912 = | 180,31 |
| CONTR. ILUMINACAO PUR. (COSIP) |         |                      | 14,80  |
| CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00 |         |                      | 0,46   |
| MULTA POR ATRASO 05/18-00      |         |                      | 3,48   |
| JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00 |         |                      | 0,81   |
| ADICIONAL BANDEIRA AMARELA     |         | 0,56                 |        |
| ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA    |         | 7,52                 |        |

TARIFA SOCIAL TSEE: 0,00  
A R\$ 0,866912 = 0,00

LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA O PEDIDO DE VENCIMENTO 15 16 18 20 25  
Parabéns! Até o dia 22/06/2018, não constam fatos pendentes  
nessa Unidade Consumidora.

SABEMI SEGURODORA S/A

12 JUL 2018

RECEBIDO

|               |       |                  |        |
|---------------|-------|------------------|--------|
| Distribuição: | 35,21 | Taxa de Cálculo: | 180,31 |
| Energia:      | 66,96 | Alc. de ICMS:    | 27,02% |
| Transmissão:  | 10,53 | Valor do ICMS:   | 48,63  |
| Energia:      | 10,67 | Valor do FIE:    | 1,47   |
| Outros:       | 56,04 | Valor do CDF-VS: | 6,23   |

|      |       |       |      |      |       |      |
|------|-------|-------|------|------|-------|------|
| 5,31 | 10,63 | 21,25 | 3,11 | 6,23 | 12,45 | 3,03 |
| 0,00 | 0,00  | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 0,00  | 0,00 |

|                  |            |                     |
|------------------|------------|---------------------|
| TERESINA-MACAOBA | 04/2018    | 48,37               |
| Seq. Código      | 0051869-7  | TOTAL A PAGAR - R\$ |
| Mês Faturado     | 06/2018    | 199,86              |
| Vencimento       | 29/06/2018 |                     |

33620000001 3 99860017000 0 000000000051 3 86970618000 8



SEQ.: 00055 UC: 0051869-7 DT. LEIT.: 22/06/2018 T. ENTR.: 09  
LEITURA: 18195 NORMAL TOTAL: 199,86 CARGA: 019  
DT. VENC.: 29/06/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2181

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Matheus Alves Coutinho inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 069.392.773/64, do sinistro de DPVAT cobertura TPA da Vítima  
Matheus Alves Coutinho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.392.773/64, 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>Teresina</u>       | Estado                   | <u>PI</u>             |
| Email    |                          | CEP                    | <u>64000-235</u>      | Telefone comercial (DDD) | <u>(86) 3303-4104</u> |
|          |                          | Telefone celular (DDD) | <u>(86) 9534-6565</u> |                          |                       |

Teresina, 04 de Julho de 2018  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A  
12 JUL 2018  
RECEBIDO



**CLÍNICA  
MACHADO**

**RELATÓRIO MÉDICO**

O paciente, que apresenta Alve-  
Cocciado, foi vítima de acidente de  
Trânsito, fato ocorrido em 01.01.18 às  
03:00hs, tendo sofrido forte trauma  
na cabeça, ocasionando com fratura  
no osso frontal esquerdo, onde foi  
tratado, tendo ficado internado  
por mais de 10 dias, com alta  
definitiva, desta com o sequela  
fortes dores, cefaleia tornante  
e insônia, com comprometimento  
funcional de 70%

SABEMI SEGURADORA S/A

27 DEZ 2018

RECEBIDO

- 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

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirurgia  
CRM: 1564-PI - CRM: 2650-MA  
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

Edimar  
17.12.18

**Residencial Tropical Park**

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 0800 0151 • 0800 3736 • 0800 0020



**CLÍNICA  
MACHADO**

**RELATÓRIO MÉDICO**

O paciente, que apresenta Alve-  
Cocciado, foi vítima de acidente de  
Trânsito, fato ocorrido em 01.01.18 às  
03:00hs, tendo sofrido forte trauma  
na cabeça, com fratura  
no osso frontal esquerdo, onde foi  
tratado, tendo ficado internado  
por mais de 10 dias, com alta  
definitiva, resta com sequelas  
fortes dores, cefaleia tornante  
e insônia, com comprometimento  
funcional de 70%

SABEMI SEGURADORA S/A

27 DEZ 2018

RECEBIDO

- 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

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirurgia  
CRM: 1564-PI - CRM: 2650-MA  
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

Edimar  
17.12.18

**Residencial Tropical Park**

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 08221 0151 • 08227 3726 • 08222 0020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RJ 22500-000 Nº 013195013200  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1. 11233005/2018 2. 11233005/2018 3. 11233005/2018

MATHEUS RUILES DUJENHO

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, SUFICIENTE PARA CARGA E PESSOAS TRANSPORTADAS OU INJUNDO SEGURO PRIVAT

PI Nº 013195013200 BILHETE DE SEGURO PRIVAT

ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO PRIVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraiberliber.com.br  
SAC PRIVAT 0800 022 1301

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

00839227364 FIU-1014

SADEM SEGURADORA S/A  
12 JUL 2018  
RECEBIDO

GENATRAN

## MINISTERIO DAS CIDADES

|   |            |  |  |      |
|---|------------|--|--|------|
| 1 | 1129365745 |  |  | E018 |
|---|------------|--|--|------|

MATTHEWS ALIVES! CONTINUED

卷之六

06839272364 FIU-1014

962JFB0100HR2520B7

• PAS/MOT DE CLO/MENHONN

HONDA/PEP-110E

002P/10500

—

|   |  |
|---|--|
| A |  |
|---|--|

SEGURO

A7/F1D

ADN INFRADEUTA DE CONSUMIDORES

THE WEST IN A

DATE FOR GRANT DO NOT WRITE IN THESE SPACES

12/4/2018

PI Nº 01315601B200 ALHEIA DE SEGURO DE VITA

SEGURO OBLIGATORIO DE DANOS PERSONAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CILINDRO SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS, OU MÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVA PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

SAC DPVAT 0800 022 1204

12/4/2018

0681927364

355735 HONDA/PUL 110

084 9E2UB0100HBP57088

## PREMIO TARIFARIO

5

100

IN UNION

**SEGURADORA LÍDER - DPV**

CNPJ: 09.240.605/0001-0

SABEMI SEGURODORA S/A

12 JUL 2618

RECEBIDO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190001157 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MATHEUS ALVES COUTINHO **Data do acidente:** 01/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO  
-FRATURA ALINHADA EM OSSO FRONTAL ESQUERDO  
-HEMATOMA SUBDURAL EM CONVEXIDADE FRONTO TEMPORO PARIETAL ESQUERDA  
-COINTUSOES ENCEFALICAS HEMORRAGICAS FOCAIS EM LOBOS FRONTAL

**Descrição do exame físico:** PACIENTE EVOLUI COM EPISÓDIOS DE CEFALIA, COM TONTURAS, COM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, EM USO DE ANTICONVULSIVANTE, COM LAPSOS DE MEMÓRIA.

**Resultados terapêuticos:** PERDA DE TECIDOS MOLES EM REGIAO FRONTAL

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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 |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante | 100 %                                        | Em grau residual - 10 %                              | 10%       | R\$ 1.350,00          |
| Total                                                                      |                                              |                                                      | 10 %      | R\$ 1.350,00          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190001157 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MATHEUS ALVES COUTINHO **Data do acidente:** 01/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.  
FRATURA DE OSSOS DA FACE.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** & @ P.1

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.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 %                                        | Complemento por reanálise - 0 %                      | 0%        | R\$ 0,00              |
| Total                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                                      | 0 %       | R\$ 0,00              |

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

SAPEN SEGURODORA S/A

12 JUL 2018

## OUTORGANTE:

Nome: MATHEUS ALVES CONTINHO

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 3595725

CPF: 068.302.773-64

Profissão: Empresário

Endereço: Rua Waldemar Luiz Lima Filho N° 3283

CEP: 909.909-90

Telefone: (80) 9502-0112

RECEBIDO

## OUTORGADO:

Nome: MULLER ROCHA SOARES MORAES

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteiro

Identidade: N. 319.762

CPF: 840.173.173-91

Profissão: Recepcionista

Endereço: R. 2ª de Junho N. 544

CEP: 64.000-225

Telefone: 80 3353-4304 - 99531-6565

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 substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: MATHEUS ALVES CONTINHO

Teresina - PI - 29/06/2018

Local e data



MATHEUS ALVES CONTINHO

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMANTE: MATHEUS ALVES CONTINHO, DO  
CEP: 909.909-90, DA CIDADE: TERESINA-PI, 29/06/2018. Emissão: 23.71  
TJ-PI-2018-0721014-14,70 Selo: 147.74471 (55/06/39)  
JUIZ DE CASTRO CARDOZO - ESCRIVÃO AUTORIZADO  
Escritório Autorizado



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

SABEM SEGURADORA S/A

12 JUL 2018

## OUTORGANTE:

Nome: Matheus Alves Coutinho

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 3785785

CPF: 062.392.773-64

Profissão: Expediente

Endereço: Rua Waldemar Vilhena Silva nº 2283

CEP: 909-999-99

Telefone: (30) 9508-0412

RECEBIDO

## OUTORGADO:

Nome: Nelly Rosa Soares Marques

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: N. 119 267

CPF: 840 173 173-91

Profissão: Escritor

Endereço: R. 24 de Junho nº 544

CEP: 44000-225

Telefone: 80 3303-4304 - 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 substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Matheus Alves Coutinho

Teresina - PI - 29/06/2018

Local e data



Matheus Alves Coutinho

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

TERESINA CARTÓRIO PÚBLICO DE NOTAS  
TITULAR: ALTA M. CARVALHO DE LIMA (REBO) 135  
RUA: RUA DO HORTO, 1233 CENTRO - CEP: 640-000 - TERESINA - PI  
FONE: (0800) 1234-567 - E-MAIL: cartorio@teresina.pi.gov.br

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MATHEUS ALVES COUTINHO, DOU  
FE: EM TEST. 29 DA VERONDE, TERESINA - PI, 29/06/2018. Emol.: R\$ 71  
TJ: R\$ 74 Selos: R\$ 26 Total: R\$ 97 Selos: R\$ 74471 (R\$ 200339)

Juste de Castro Cardoso Escrevente Autorizado

☐ Tabelão ☒ Escrevente Autorizado



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464377/18

**Vítima:** MATHEUS ALVES COUTINHO

**CPF:** 068.392.773-64

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

**Data do acidente:** 01/01/2018

**Titular do CPF:** MATHEUS ALVES  
COUTINHO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### MATHEUS ALVES COUTINHO : 068.392.773-64

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## 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: 27/12/2018  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018  
Nome: VITOR MATEUS RODRIGUES  
CPF: 812.754.710-72

VITOR MATEUS RODRIGUES