

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface (PJe) for a civil process (ProceComCiv).

The main title bar shows the URL: [tpi.pje.jus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=563941&ca=308772b30953b63d17aa6ee1ff77b3...](https://tpi.pje.jus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=563941&ca=308772b30953b63d17aa6ee1ff77b3...)

The page header includes the PJe logo, the process number (0820532-54.2020.8.18.0140), and the date (07/10/2020).

The left sidebar displays a tree view of documents:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 12377732 - CONTESTAÇÃO (2756293 CONTESTACAO 01)
  - 12377736 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
  - 12377739 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 12377741 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
  - 12378045 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

The main content area shows a document titled "downloadBinario.seam" (page 1 of 12). The document header includes the date (07/10/2020) and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". It features the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS".

The bottom status bar shows the date (07/10/2020) and time (10:27).



Número: **0820532-54.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **17/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado                |
|---|--|
| <b>FRANCISCA DE AQUINO VIEIRA COSTA (AUTOR)</b>                   | <b>FERNANDO GUIMARAES ANDRADE (ADVOGADO)</b> |
| <b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b> |  |

**Documentos**

| Id.          | Data da Assinatura | Documento                                      | Tipo                    |
|--------------|--------------------|--|-------------------------|
| 12377<br>736 | 07/10/2020 10:27   | <a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a> | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |



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, 23 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200260838**

**Vítima: FRANCISCA DE AQUINO VIEIRA COSTA**

**Data do Acidente: 03/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), FRANCISCA DE AQUINO VIEIRA COSTA**

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, contados 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

Pag. 00945/00946 - carta\_01 - INVALIDEZ



00040473

Carta nº 15967790



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 10:27:35  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010071027353740000011710230>  
Número do documento: 2010071027353740000011710230

Num. 12377736 - Pág. 1



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, 28 de Julho de 2020**

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200260838 Vítima: FRANCISCA DE AQUINO VIEIRA COSTA

**Data do Acidente: 03/01/2018 Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), FRANCISCA DE AQUINO VIEIRA COSTA**

Após a análise dos documentos apresentados no pe

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro de V.A.T, a indemnização foi negada, conforme esclarecemos:

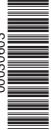
Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

P-2 042005/042006 2025 11 INVALIDE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 10:27:35  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710273537400000011710230>  
Número do documento: 20100710273537400000011710230

Num. 12377736 - Pág. 2



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 009.472.863-14 4 - Nome completo da vítima: Francisca de Aquino Vieira Costa

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

|                    |                                  |                |                                |
|--------------------|----------------------------------|----------------|--------------------------------|
| 5 - Nome completo: | Francisca de Aquino Vieira Costa | 6 - CPF:       | 009.472.863-14                 |
| 7 - Profissão:     | RECUSO-ME                        | 8 - Endereço:  | Rua: Residencial Dignidade QD7 |
| 11 - Bairro:       | ANGELIM                          | 12 - Cidade:   | Berlina                        |
| 13 - Estado:       | Piauí                            | 14 - CEP:      | 66034-400                      |
| 15 - E-mail:       |                                  | 16 - Tel(DDD): | (86) 98821-4516                |

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

154 388

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

|  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|---|
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima teve nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|--|--|--|--|--|---|

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, Tremedal, 22/07/2020

Francisca de Aquino Vieira Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA



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

414 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100103.001370/2020-02

Unidade de Registro: 10º DP DE TERESINA

Resp. pelo Registro: Francisco Franco Batista Da Silva

Data/Hora: 19/07/2020 - 11:38

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

03º DP DE TERESINA

03/01/2018 - 09:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TABULETA

TERESINA

Endereço

AV MIGUEL ROSA, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCA DE AQUINO VIEIRA COSTA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2370328 SSP PI

Mãe: JOANA DE AQUINO VIEIRA

Pai: RAIMUNDO CARLOSCARLOS DA COSTA

Endereço: QD 07 CASA 18, Nº

Complemento: DIGNIDADE III

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA - CEP: 64034-764

Telefone(s): 86-9996-1859

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Colisão, Abalroamento ou Choque de veiculo(s) sem vítima.

RELATO DA OCORRÊNCIA

Veio comunicar que conduzia a motocicleta HONDA/CG 150 placa NIP 1116 na cor preta de propriedade Francisca de Aquino Vieira Costa condutora e vítima quando veio a ser colidida por veiculo moto não identificada ,vindo a se lesionar,foi socorrida pelo SAMU e levada para o hospital são pedro .

Francisco Franco Batista Da Silva - Mat.  
AGENTE DE POL'

Francisca de Aquino Vieira Costa  
FRANCISCA DE AQUINO VIEIRA COSTA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Luccy Kelko Leal Parábo  
Delegado Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 009.472.863-14 4 - Nome completo da vítima: Francisca de Aquino Vieira Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

|                    |                                  |                   |                                |
|--------------------|----------------------------------|-------------------|--------------------------------|
| 5 - Nome completo: | Francisca de Aquino Vieira Costa | 6 - CPF:          | 009.472.863-14                 |
| 7 - Profissão:     | RECUSO-ME                        | 8 - Endereço:     | Rua: Residencial Dignidade QD7 |
| 11 - Bairro:       | ANGELIM                          | 12 - Cidade:      | Berurina                       |
| 15 - E-mail:       |                                  | 13 - Estado:      | Piauí                          |
|                    |                                  | 14 - CEP:         | 64084-400                      |
|                    |                                  | 16 - Tel.(DDD):   | (86) 98821-4516                |
|                    |                                  | 9 - Número:       | 18                             |
|                    |                                  | 10 - Complemento: |                                |

### DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: Banco Brasil

AGÊNCIA:  CONTA:

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

|  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|---|
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima teve nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|--|--|--|--|--|---|

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, Tremba, 22/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Francisca de Aquino Vieira Costa

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)



Nº da Conta: 0389079508  
Mês de referência: 07/2020  
Período: 06/06/2020 a 05/07/2020  
Data de emissão: 08/07/2020

FRANCISCA DE AQUINO VIEIRA COSTA  
CJ RESIDENCIAL DIGNIDADE, 18  
- QD7  
ANGELIM  
84034-400 TERESINA - PI

[www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo)

Fale conosco: Central de Relacionamento  
\*8486 ou [www.vivo.com.br/faleconosco](http://www.vivo.com.br/faleconosco)

Telefônica Brasil S.A.  
Av. Joquei Clube, 299 - Condomínio Eurobusiness  
Cobertura - Sala 03  
CEP 64049-240 - Joquei Teresina - PI  
LE: 19450094-2  
CNPJ Matriz: 02.556.157/0001-62  
CNPJ Filial: 02.556.157/0007-68

Vencimento  
**21/07/2020**

Total a Pagar - R\$  
**34,99**

Aproveite os benefícios do Vivo  
Valoriza no App Meu Vivo.

Seus Números Vivo  
**89-98100-8422**

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

**Planos Anatel**

128/POS/SMP - VIVO CONTROLE DIGITAL 3GB

| O que está sendo cobrado     | Quantidade de Plano/Pacote | Quantidade de Números Vivo | Valor R\$ Plano/Pacote | Incluso Plano/Pacote | Utilizado Minutos/Unidades | Valor Total R\$ |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------|----------------------------|-----------------|
| <b>Serviços Contratados</b>  |                            |                            |                        |                      |                            |                 |
| VIVO CONTROLE DIGITAL 3GB    | 1                          | 1                          | 34,99                  | -                    | -                          | 34,99           |
| VIVO CONTROLE SERV DIGITAL I | 1                          | 1                          | 0,00                   | -                    | -                          | 0,00            |
| Subtotal                     |                            |                            |                        |                      |                            | 34,99           |
| <b>TOTAL A PAGAR</b>         |                            |                            |                        |                      |                            |                 |
|                              |                            |                            |                        |                      |                            | <b>34,99</b>    |

**MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ**

O relatório detalhado está disponível em [www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo) e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

Você está participando da Experiência Vivo Conta Digital, a ação que vale 500MB de internet/mês. No próximo mês sua conta poderá ser somente digital, disponível no Meu Vivo, sem envio de papel. Aí é só aproveitar o seu bônus de 500MB todo mês. P/ cancelar:  
<https://vivo.com.br/expcod>

Agradecemos pagamentos recebidos até a emissão desta conta. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.



Verifique se o débito foi efetuado na sua conta corrente.  
Caso não tenha ocorrido, utilize este boleto para pagamento.

**DÉBITO AUTOMÁTICO**

|  |                                 |                                     |
|--|---------------------------------|-------------------------------------|
| Nome do Cliente<br><b>FRANCISCA DE AQUINO VIEIRA COSTA</b> | Vencimento<br><b>21/07/2020</b> | Total a Pagar - R\$<br><b>34,99</b> |
| Cód. Débito Automático <b>0389079508-2</b>                 | Nº da Conta <b>0389079508</b>   | Mês Referência <b>07/2020</b>       |
| 846600000000   | 349902940015                    | Autenticação Mecânica               |





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 10:27:35  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710273537400000011710230>  
Número do documento: 20100710273537400000011710230

Num. 12377736 - Pág. 7

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205131/20

**Vítima:** FRANCISCA DE AQUINO VIEIRA COSTA

**CPF:** 009.472.863-14

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/01/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCA DE AQUINO VIEIRA COSTA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**FRANCISCA DE AQUINO VIEIRA COSTA : 009.472.863-14**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/07/2020  
Nome: FRANCISCA DE AQUINO VIEIRA COSTA  
CPF: 009.472.863-14

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2020  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

FRANCISCA DE AQUINO VIEIRA COSTA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

