

Screenshot of a web browser showing a digital court process interface.

The title bar shows multiple tabs including "Email - Alana L.", "Controle de do...", "Mensagens", "Audiências", "Baixar o arquivo...", "Acesso 1º Grau", "Consulta proc...", and "0800401-40.20...".

The address bar shows the URL: <https://tjpi.pje.jus.br/jg/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=563124&ca=6037a8a82d7e485717aa66ee1ff77b3b...>

The main content area displays a document titled "PJEC 0800401-40.2020.8.18.0146" from "FRANCIVAN VIEIRA DE SA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...".

The document number is "12388154 - CONTESTAÇÃO (2757138 CONTESTACAO 01)". It was filed by "EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO" on "07/10/2020 13:45:07".

The left sidebar shows a tree view of documents:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12388153 - CONTESTAÇÃO
 - 12388154 - CONTESTAÇÃO (2757138 CONTESTACAO 01)
 - 12388157 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12388158 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12388160 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12388161 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

The right panel displays the content of "downloadBinario.seam" document 1 / 9, titled "2757138-C3/ 2020-03794/ INVALIDEZ/DAMS". It features the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JEC DA COMARCA DE FLORIANÓPOLIS/SC".

The bottom status bar shows system icons and the date/time: "PT" (Portuguese), "13:45", "07/10/2020".



Número: **0800401-40.2020.8.18.0146**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **JECC Floriano Anexo I**

Última distribuição : **17/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 15.700,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCIVAN VIEIRA DE SA (AUTOR)	DANILLO MARTINS DE OLIVEIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12388 157	07/10/2020 13:45	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205539/19

Vítima: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

CPF: 052.383.413-69

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCIVAN VIEIRA DE SA : 052.383.413-69

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 ou ligue 0800-0221204.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomado por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 17/06/2019
Nome: FRANCIVAN VIEIRA DE SA
CPF: 052.383.413-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

FRANCIVAN VIEIRA DE SA

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>
Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190384617

Vítima: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCIVAN VIEIRA DE SA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

Pag. 01579/01580 - carta_03 - DAMS



00070790

Carta nº 14603064



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>
Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190384617 Vítima: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Data do Acidente: 16/07/2018 Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14603125



pag. 01587/01588 - carta 01 - DAMS



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>
Número do documento: 20100713450665400000011720087

Núm. 123388157 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190384617 Vítima: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Data do Acidente: 16/07/2018 Cobertura: DAMS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização 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

Pag. 00849/00850 - carta_11 - DAMS



00060425



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>
Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 4

Autorização de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

ESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Francivon Vieira de Sá

CPF:

052383413/69

Profissão:

Aluno/a

Enderço:

Número:

03

Complemento:

Bairro:

Permissão

Cidade: Mazaré

Estado:

PI

CEP: 64825-000

E-mail:

Tel. (DDD): (89) 994019207

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0971 CONTA: 1000094

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Sim Não Nascrito (vai nascer)? Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? Vivos: Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: Garciane Maria Silva Lopes
CPF: 052572363-00

Assinatura
2º | Nome: Ivoneide Borols Viana Costa
CPF: 987.560.103-97

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 5

Número do documento: 20100713450665400000011720087



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 com 16 ou 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	Nome completo da vítima
	052383413/69	Francivan Vieira de Sá

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Francivan Vieira de Sá	052383413/69	Aluno	
Endereço	Número	Complemento	
Permissão	03		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
	Nazaré	PI	64825-000
Email	Telefone (DDD) (091)994019207		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome	NRO.
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0971	7	9000094	7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(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.

_____, de _____ de _____.
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

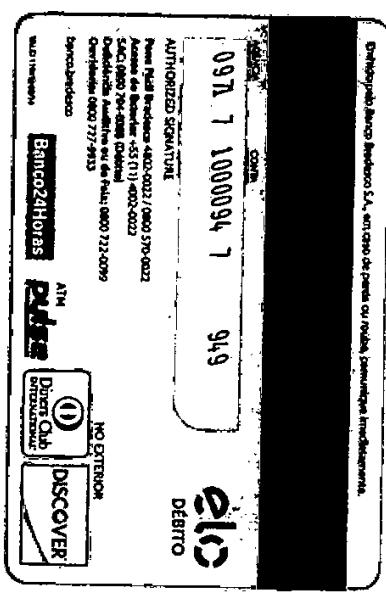
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>
Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 6



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>
Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 7

Autorização de pagamento
**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	Nome completo da vítima
	052383413169	<i>Francivon Vieira de Sá</i>

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
<i>Francivon Vieira de Sá</i>	052383413169	<i>Até Serviços Diversos</i>	Complemento
Endereço	Número		
<i>Permissão</i>	12		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<i>Nazaré</i>	<i>Nazaré</i>	<i>Piauí</i>	64.825-000
Email	Telefone (DDD) (89) 994019207		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS					
<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00		
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
0971	7	1000094	7	(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.

Nazaré, 03 de Setembro de 2019

Local e Data

Francivon Vieira de Sá

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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:	4 - Nome completo da vítima:
	0523834/69	Francivan Vieira de Sá

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Francivan Vieira de Sá	0523834/69		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
At. Serviços Diversos		12	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Permissão	Nazaré	Piauí	64.825-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 89-994019207		

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 type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 0971 CONTA: 1000094 (Informar o dígito se existir)		
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)		
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):		
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.		
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.		

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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 Imprópria digitação da vítima ou beneficiário não identificado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: Franciane Maria Silveira CPF: 052.472.363-00 Assinatura da testemunha Franciane Maria Silveira
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: Ivoneide Borges Viana CPF: 987.560.103-94 Assinatura da testemunha Ivoneide Borges Viana
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data,

Francivan Vieira de Sá

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01a16	Registro de Informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
-------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML).
----	--	---

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a rogo/a pedido.
36	CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a rogo/a pedido.
37	Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo/a pedido, na presença de 02(duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura do Pedido do Seguro DPVAT.

TESTEMUNHAS

38	1º testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1º testemunha.
39	2º testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2º testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte e para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>

Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 10



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

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 186714.000052/2019-18

Unidade de Registro: 2ª DRPC - FLORIANO

Resp. pelo Registro: Bruno Rafael De Carvalho Ursulino

Data/Hora: 31/05/2019 - 10:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE NAZARÉ DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

NAZARÉ DO PIAUÍ

Endereço

LOCALIDADE MELANCIAS, Nº:

Complemento

RECEBIDO

11 JUN 2019

Seguradora Lider DP /A1

Data/Hora

16/07/2018 - 03:15

Bairro

PREJUDICADO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCIVAN VIEIRA DE SÁ

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 569578267 SSP PI

Mãe: MARIA JOSÉ VIEIRA DE SÁ

Endereço: LOCALIDADE PERMISSÃO, Nº S/N

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: NAZARÉ DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-9401-9207

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE NO DIA 16 DE JULHO DE 2018 ÁS 03H15MIN VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, APRESENTANDO-SE DESORIENTADO, VÁRIOS FERIMENTO NA FACE, RUPTURA DE DENTES, SANGRAMENTO NASAL E SUSPEITA DE TRAUMATISMO CRANIANO, QUEIXANDO-SE DE DOR INTERNA NA REGIÃO DO CRÂNIO; QUE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL TIBÉRIO NUNES, ONDE FICOU INTERNADO POR UM DIA, PARA SER REALIZADO EXAMES ESPECIALIZADOS;

P.O Mariana Alm Santos
Bruno Rafael De Carvalho Ursulino - Mat. 2990440
DELEGADO DE POLÍCIA

Francivan Vieira de Sá
FRANCIVAN VIEIRA DE SÁ - Noticiante
Responsável pela Informação

Bruno Ursulino
Delegado de Policia
DELEGADO DE POLÍCIA
299044-0





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

Boletim de ocorrência



464 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 186714.000091/2019-15

Complementar ao BO Nº: 186714.000090/2019-70

P.o Nayliê Alen

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Nayliê Fonseca Pereira Rocha

Data/Hora: 30/08/2019 - 11:04

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE NAZARÉ DO PIAUÍ

16/07/2019 - 03:15

Tipo Local

OUTROS

Município

Bairro

NAZARÉ DO PIAUÍ

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

LOCALIDADE MELANCIA, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCIVAN VIEIRA DE SÁ

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 569578267 SSP PI

Mãe: MARIA JOSÉ VIEIRA DE SÁ

Endereço: LOCALIDADE PERMISSÃO, Nº S/N

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: NAZARÉ DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-9401-9207

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG 150 TITAN KS

2008 NIF1480 9C2KC0810BR099687

947641025

Preta

Condutor: FRANCIVAN VIEIRA DE SÁ

RG: 569578267 Órgão: SSP UF RG: PI

End: LOCALIDADE PERMISSÃO Número: S/N Complemento: ZONA RURAL

Cidade: NAZARÉ DO PIAUÍ UF: PI Bairro: PREJUDICADO

Proprietário: FRANCIVAN VIEIRA DE SÁ

End: LOCALIDADE PERMISSÃO Número: S/N

Cidade: NAZARÉ DO PIAUÍ UF: Bairro: PREJUDICADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE NO DIA 16 DE JULHO DE 2018 ÀS 03H15 MIN VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, NO VEÍCULO ACIMA CITADO.

QUANDO CONDUZIA POR UMA ESTRADA DE CHÃO, NO Povoado MELANCIA/NAZARÉ DO PIAUÍ, QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO HOSPITAL ESPERANÇA GARCIA, ONDE FOI ATENDIDO, APRESENTANDO-SE DESORIENTADO, COM VÁRIOS FERIMENTO NA FACE, RUPTURA DE DENTES, SANGRAMENTO NASAL E SUSPEITA DE TRAUMATISMO CRANIANO, QUEIXANDO-SE DE DOR INTERNA NA REGIÃO DO CRÂNIO; QUE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL TIBÉRIO NUNES, ONDE FICOU INTERNADO POR UM DIA, PARA SER REALIZADO EXAMES ESPECIALIZADOS;

P.o Nayliê Alen
Nayliê Fonseca Pereira Rocha - Mat.
AGENTE DE POLÍ

Francivan Vieira de Sá
FRANCIVAN VIEIRA DE SÁ - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Kelto Leal Paraíba
Delegado Geral da Polícia Civil

Boletim de Ocorrência emitido em: 30/08/2019 11:04 - SisBO@2019-2019 ATI

Página 1/1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>
Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 12

Hospital Municipal Esperança Garcia

CNPJ:23.624.323/0001-51

CNES: 2367378

Rua 19 de Novembro, S/N

64.825-000

Comprovação de ato declaratório



Nazaré do Piauí
MUNICÍPIO DO PIAUÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL MUNICIPAL ESPERANÇA GARCIA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o senhor **FRANCIVAN VIEIRA DE SÁ**, filho de Maria José Vieira de Sá, nascido em **26 de Julho de 1989**, portador do RG.: **56.957.826-7/ SSP- SP** e CPF: **052.383.413-69**, residente e domiciliado no **Povoado Permissão**, Zona Rural deste município, deu entrada neste Hospital no dia **16 de Julho de 2018 às 03:15h** vítima de acidente motociclístico, apresentando-se desorientado, vários ferimentos na face, ruptura de dentes, sangramento nasal, e suspeita de traumatismo craniano, queixando-se de dor intensa na região do crânio, foram prestados cuidados de enfermagem dos quais citam-se: Aferição da P.A, acesso venoso, curativo local, por não haver médico na unidade de saúde, foi feita a transferência do mesmo para o Hospital Regional Tibério Nunes em Floriano-PI para cuidados especializados.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que se produza os efeitos legais da mesma.

Nazaré do Piauí (PI), 11 de Setembro de 2018.

Quésia de Oliveira Miranda e Brito.

Quésia de Oliveira Miranda e Brito

Secretaria Administrativa e Financeira-HMEG

Portaria Nº005/2017

Hospital Municipal Esperança Garcia CNPJ: 23.624.323/0001-51 CNES 23.673.78 Centro- Nazaré do Piauí Rua 19
de Novembro, S/N - 64.825-000 - TEL: (86) 3557-1161 / 99422-0201 E-mail: hospitalesperancagarcia@gmail.com



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>
Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 13

Comprovante de residência



 Eletrobras
Distribuição P.2

Para contatar com
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

CONTAMINATED DOCUMENT
AN M-150/52-C
OR 1944-1945

NO Action Item - 000071350

AGOSTO/2018 24/08/2018 95 63,34

MARIA JOSE VIEIRA DA SA
PERMISAO S/N B-RURAL
CPF: 000-691-4882-3349
CEP: 660825-000 - NAZARE DO PIAUI ROT: 177.801.13.82.042000

<u>1,360</u>		<u>14/08/2018</u>
<u>1,174</u>		<u>15/07/2018</u>
<u>1,000</u>		<u>19/09/2018</u>
<u>95</u>		<u>15/08/2018</u>
<u>95</u>	<u>FCAM</u>	<u>18/08/2018</u>
NORMAL		31

RURAL MONO - A1918368 - 4.1.2.1 - 83 -
 CONSUNTO - 05-A-R\$ 0,562545 - 57,24
 CORRERDO-MONETARIA - IGPm (2X) - 2,63
 MULTA POR ATRASO (2X) - 1,79
 JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER - 1,68
 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 4,74

JUN/18	60
JUN/18	66
MAR/18	94
ABR/18	94
MAR/18	83
FEV/18	93
JAN/18	88
DEZ/17	88
NOV/17	90
OUT/17	90
TARIFA SEM TRIBUTOS	

Item/Año **Valor** **Unidad** **Motivo** **Notas**

07/00/2013 1.007,10 Unidad de medida de la actividad de la administración de la salud y el bienestar social y cultural. Se realizó una revisión de los sistemas de información y control de la actividad de la administración de la salud y el bienestar social y cultural.

LICENÇA DE USO DE 1986 DE 08/03 E LAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

AZF6.AA8C.E+6C.9D9F.AC69.CFB0.BC21.5/ES

11,89	57,24
22,58	22,00
3,55	12,59
3,59	0,54
15,63	2,50

6,87	13,74	27,48	3,93	7,85	15,70	3,97
0,00			0,00			0,00

NAZARE DO PIAUÍ 06/2018 13.88

ROT: 177.801.13.82.04200



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francivan Vieira de Sá

RG nº 56.957.826-7, data de expedição 27/11/2012, Órgão SSP - SP,

CPF nº 052383413/69, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	<u>12</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Pompeia</u>
Cidade	<u>Nazaré</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.825.000</u>
Telefone de Contato	<u>(89)994019207</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Nazaré - PI 03-08-2019

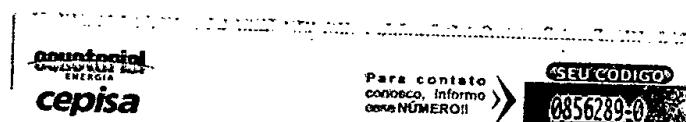
Assinatura do Declarante: Francivan Vieira de Sá

600000413



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>
Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 15



Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!! ➤ **SEU CÓDIGO**
0856289-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.349/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B.
Programa especial de impressão autorizada para SOTAZ 05/98

CONTA MÊS VENCIMENTO
AGOSTO/2019 26-08-2019 109 71,26

MARIA JOSE VIEIRA DA SA
PV PERMISSAO S/N B-RURAL
CPF: 00069148821349
CEP: 64.825-000 ~ NAZARE DO PIAUÍ

DADOS DA FATURA DATA DA LEITURA

Anterior: 2443 20/08/2019
Constante de Multiplicação: 2334 Próxima Leitura: 19-07-2019
Consumo Médido: 1.000 Emissão: 18-09-2019
Consumo Faturado: 109 Apresentação: 15-08-2019
Forma de Faturamento: 109 Cód. de Integrador: FCAM Dias de Consumo: 20-08-2019

Classe/Subclasse NORIAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Ligação Número Medicor Poste Código Ref. 324461212 meses

RURAL (kWh) MONO A191836 ESCRITÓRIO DA CONTA 4.1.2.1 - 96 -

Mês	Ano	Consumo	Correção Nonetaria IG 07/19-00	69,95
JUL/19	98			0,04
JUN/19	89	MULTA POR ATRASO 07/19-00		1,18
MAI/19	98	JUROS POR ATRASO 07/19-00		0,09
ABR/19	94	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,62	
MAR/19	90	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	- 2,66	
FEV/19	92			
JAN/19	90			
DEZ/18	73			
NOV/18	114			
OUT/18	128			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 109 - 0,461802

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO/MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25.
Parabéns! Até o dia 15-08-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar pelas opções de pagamento de sua fatura via sites 1,8,10,15,20,25 ou 30 dias corridos para aproveitar condições especiais de pagamento.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição:	07E9.F31B.203B.E148.1287-BF6A.6A4A.561E	IBSN/CB/CB
---------------	---	------------

Energia:		Alíquota ICMS:
----------	--	----------------

Transmissão:	14,71	Valor do ICMS:	69,95	54,56
--------------	-------	----------------	-------	-------

Encargos:	28,41	Valor do PIS:	22,00%	
-----------	-------	---------------	--------	--

Tributos:	4,80	Valor do COFINS:		15,38
-----------	------	------------------	--	-------

	2,35	INDICADORES DE CONTINUIDADE	1,40%	-0,76%
--	------	-----------------------------	-------	--------

	19,68	DT	6,49%	5,24%
--	-------	----	-------	-------

	0,00	FIC		
--	------	-----	--	--

	0,00	DMC		
--	------	-----	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

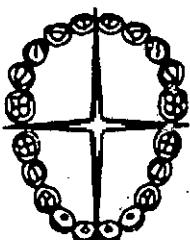
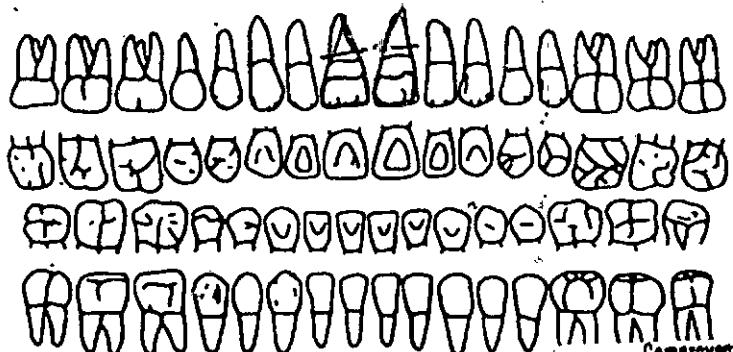
	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI		
--	------	------	--	--

	0,00	DMCI</td
--	------	----------

Nome:	<u>Francisca Viana de Souza</u>	Nº
Residência:	Tel.	
End. Com.	<u>Bairro Permissão Nazaré PI</u>	Tel.
Profissão:	<u>Nasc. 26/07/1989 Nac.</u>	E. Civil <u>Solteiro</u>
Indicado por:	DLNE?	
Início Tratamento:	/ /	Término: / / Interrupção



RADIOGRAFIAS

Comprovante de despesas médicas



DENTES	Anotações:
Cor Esc.	

Forma

QTD.	ORÇAMENTO	IMPORT.	QTD.	ORÇAMENTO	IMPORT.
	Extração			Ponte Grampo(PPR)	
	Restauração			-Dênt. Superior *	
	Obt. Resina			Dent. Inferior	
2	Trat. De Canal (11+21)	R\$ 500		Dent. Prov.	
1	Limpeza	R\$ 80	2	Coroas Diretas (11+21)	R\$ 400
	Rem. De Tártaro			Clareamento	
	Flúor			T. Expectante	
	Pivots			Placa de Bruxismo	
	Blocos			Aparelho Metálico	R\$ 350
2	Pino de fibra de vidro	R\$ 400		Manutenção	R\$ 80

SOMA TOTAL: R\$ 1810,00

Dra. Fernanda Ribeiro
CIRURGIÁ-DENTISTA
CROPI 3123



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>
 Número do documento: 20100713450665400000011720087



PHARMA SÃO FRANCISCO

JOÃO LUIZ DE OLIVEIRA - MEE

Praça da Bandeira, 264 - Centro
Nazaré do Piauí - Piauí

Insc. Est.: 19.452.503-1 - CNPJ(MF): 05.794.591/0001-30

Cliente: Francisco Vilela CPF: _____

End.: Belo Pernisão Data: 17/07/18

Nota Fiscal de Venda a Consumidor

SÉRIE "D-1"

1.º Via - Cliente

2.º Via - Fixa

Nº 0312

Quant.	Discriminação das Mercadorias	PREÇOS R\$	
		Unitário	Total
03 un	Clsx Jelatina 500g	14,50	43,50
02 un	Protexon 100g	59,85	105,70
02 un	Hipofenilina 500mg	14,50	29,00
02 un	Lameose 4000mg	20,40	62,70
02 tb	Boneix pom	8,50	17,00
02 tb	Neoprotexon	23,50	47,00
04 lm	Belys tinto	50,90	83,00
02 lm	Captivexone 3g	93,80	187,60
		TOTAL R\$	505,00

Assinatura do Vendedor

GRÁFICA IRACEMA - Rua Júlio Guimarães, 345 - Sambalba - Fone: 99409-0095/98801-9874 - CNPJ 06.140.384/0001-24 - Insc. Est. 19.457.367-2 - ABRIGRAF 161
10 Bis. 25x2 - Série D-1 de 000101 a 000350 - AIDF 1320755019198/17 em 10/08/17 - CTE FLORIANO - PI - Validade 3 anos - Vencível 10/08/2020.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>

Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 18

Documentação médica - hospitalar



CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1489

Mário: REGINA

Senha 13

Tipo: LONSLIA
Sexo: MASCULINO
SUS

FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Nasc.: 26/07/1989 Idade: 28 ANOS, 11 MESES, 21

CPF: - RG: 569578267 - SUS: 898001428022033

End.: Povoado PERMISSAO, 0 -

Bairro:

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64825-(

Cor: PARDA

Telefone: ()

Mãe: MARIA JOSE VIEIRA DE SA

Pai:

Clinica: CLINICA MEDICA

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsavel: FRANCIVAN VIEIRA DE SA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.

Procedimentos

16/07/2018 3:33 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: QUEDA DE MOTO

Pt. ref. acidente de trânsito na Rua... perdeu perda momentânea de consciência, náuseas.

Exame clinico/físico:

OO: Sobe TC e cor, Pox - xeste, abd. gás.
Poxa dor cr. e Cr. Geral

Diagnóstico provável:

Nº momento pt. convuls, orientado, BEG, amigdala, coartada, fibril.

Sergio Silveira
CRM-PI 6134
MÉDICO

Medicação:

Alprazolam
Abac: Plana, sublinhada, palpo superficial e profunda
Exames: normais.

Dr. Sergio Silveira
CRM-PI 6134
MÉDICO

Dipirona - 01sg 120,54g em 06:20

HOSPITAL REGIONAL	TIBERIO NUNES
DATA/HORARIO: 16/07/18 3:54h	EXAME: Tr. de cr. g.
ASS: TECNÓLOGO	MEDICO: Dr. Sergio Silveira
	DATA/HORARIO: 16/07/18 7:20
	EXAME: Tr. de cr. g.
	MEDICO: Dr. Sergio Silveira
	DATA/HORARIO: 16/07/18 7:20
	EXAME: Tr. de cr. g.
	MEDICO: Dr. Sergio Silveira

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

HOSPITAL REGIONAL
TIBERIO NUNES
EXAME: Tr. de cr. g.
DATA/HORARIO: 16/07/18 3:54h
ASS: TECNÓLOGO

Paciente referindo um acidente com o bolo, urinou dentro da cueca
Liquido: Parar Bucamaxilo prof

As 06:05 h acordando PA - 130x80 mmHg Fc. 80bpm

Exame: Cr. Geral

Paciente vítima de acidente motociclistico, sem uso de capacete

Consciente, orientado; fala clara nos fins (já surrupia)

CD: mta perda cr. Geral

Alexandro Soares
Dir. Cr. Geral
CRM-PI 3983 / CRM-RN 9090
CRITCE 13588

Ireneide Borges Viana

DMF: Respira no
juro da filha

0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: FRANCIVAN VIEIRA DE SA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>

Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 20

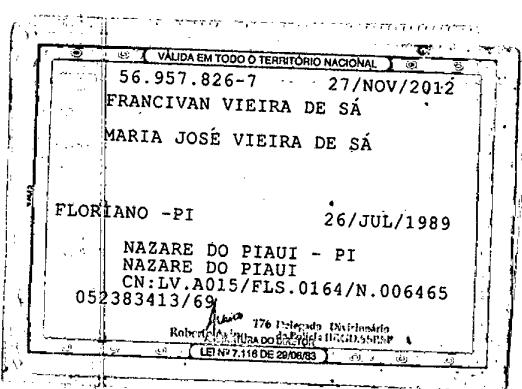
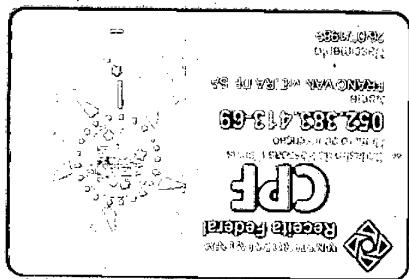
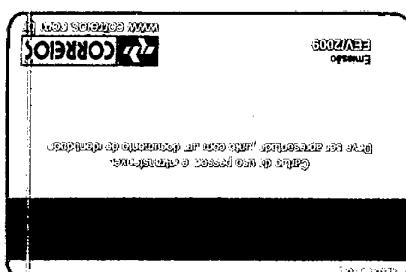
2010713450665400000011720087
② Sustento que não é meu
③ Provedor de serviços de telecomunicação
④ Minha assinatura é falsa, pois não sou eu
⑤ Ednan Coutinho
⑥ Não sou eu, fui vítima de fraude.
⑦ Não sou eu, fui vítima de fraude.
⑧ Não sou eu, fui vítima de fraude.
⑨ Não sou eu, fui vítima de fraude.
⑩ Não sou eu, fui vítima de fraude.
⑪ Não sou eu, fui vítima de fraude.
⑫ Não sou eu, fui vítima de fraude.
⑬ Não sou eu, fui vítima de fraude.
⑭ Não sou eu, fui vítima de fraude.
⑮ Não sou eu, fui vítima de fraude.
⑯ Não sou eu, fui vítima de fraude.
⑰ Não sou eu, fui vítima de fraude.
⑱ Não sou eu, fui vítima de fraude.
⑲ Não sou eu, fui vítima de fraude.
⑳ Não sou eu, fui vítima de fraude.



Requisição de Parecer

<i>Nome</i>	<i>Leito</i>
<i>Fernanda Viana da Silva</i>	
<i>Médico Consultante</i> <i>PS</i>	<i>N. Do Prontuário</i>
<i>Médico Especialista</i> <i>NECP</i>	
<i>Motivo da consulta (Indicar as Dúvidas e Enumerar os principais Sintomas do Enfermo)</i>	
<p><i>Retração e cedência muscular bilateral. Perde peso momentaneamente consciência, nsg dor tor.</i></p> <p><i>No momento perde consciente, ouverte os olhos, avacante, encontra - plást</i></p>	
<i>16 / 07 / 18</i>	<i>Ass. do Médico Consultante</i>
<p>PARECER</p> <p><i>Tc de humor sem infecção neuromeningeira etc</i></p> <p><i>Imaginário. Sem histerose em humor Tenso</i></p> <p><i>Sem envolvimento neuromeninge</i></p> <p><i>Suspeita clínica</i></p> <p><i>Dr. Leonardo Moura Neurocirurgião Câm. p. 151</i></p>	
<i>Data</i>	<i>Ass. do Médico Consultante</i>





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087
Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 22

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PI 002017032005 Nº 013405446650			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.C.	EXERCÍCIO
1	947641025		2018
NOME FRANCIVAN VIEIRA DE SA			
***** *****			
CPF / CNPJ	PLACA		
05238341369	NIF-1480		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
-	9C2KC08108R099687		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA	GASOLINA		
MARCA / MÓDELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 150 TITAN KS	2007	2008	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
002P/149CC	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
I		1º IPVA	
P		2º	
V		3º PAGO	
A			
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS		
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO			
SEGURADA PAGO 1 51,10 51,10 01/12/2018			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESTRIÇÕES			
FLORIANO	LOG. <i>[Assinatura]</i>	DATA	
ARAO MARTINS DO REGO LOBAO			
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI			

DETRAN-PI

LONTRAN

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204**

PI N° 013405446650 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 5/12/2018

VIA **CPF / CNPJ** **PLACA**
1 05238341369 NIF-1480

RENAVAM **MARCA / MÓDELO**
947641025 HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. **CAT. BNF.** **Nº CHASSI**
2007 09 9C2KC08108R099687

PRÊMIO TARIFÁRIO

FN\$ (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,28	9,03	90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) **IOF (R\$)** **TOTAL A SER PAGO PELO SEGUNDO (R\$)**
4,15 0,70 185,50

PAGAMENTO **DATA DE QUITAÇÃO**
COTA ÚNICA PARCELADO 29/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.606/0001-04



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>
 Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 23

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETAN - PI 9020170126516 N° 013029247480 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	947641025		2017
NOME: FRANCIVAN VIEIRA DE SA			
***** *****			
CPF / CNPJ	PLACA		
05238341369	NIF-1480		
PLACA ANT./UF	CHASSI		
9C2KC08108R099687			
ESPECIE/TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 150 TITAN KS	2007	2008	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
002P/149CC	PARTIC	PRETA	
I COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
P		1º IPVÁ	
V FAIXA I.R.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2º	
A		3º PAGO	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
SEGURADA PAGO		01/11/2017	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESTRIÇÕES			
LOGO	DATA		
FLORIANO,	4/11/2017		
PRO MARTINS DO REGO LIMA DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI			

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI N° 013029247480 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2017	4/11/2017	
MA	CPP / CNPJ	PLACA
1	05238341369	NIF-1480
RENAVAM	MARCA / MODELO	
947641025	HONDA/CG 150 TITAN KS	
ANO FAB.	DATA	NO CHASSI
2007	09	9C2KC08108R099687
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,28	9,03	90,31
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4,15	0,70	185,50
PAGAMENTO		DATA DE OUTAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	01/11/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.268.608/0001-04



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>
Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 24

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

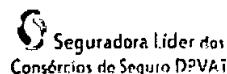
0120170029523	Nº 012239816440 49190558814
1314 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
00947027023	
FRANCIVAN VIEIRA DE SA	
LOT ENG GABRIEL KALUME 00025 CAJUEIRO II QD'10 PI	
05238341369	
RONILSON FERREIRA DO MONTE	
9C2KC08108R099687	
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA	
HONDA/CG 150 TITAN KS	
02P/01491CC	
SEM RESTRIÇÕES	
FLORIANÓPOLIS - SC	
13/08/2017	
ESTADO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL - PT	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>
 Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 25

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205539/19

Vítima: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Data do acidente: 16/07/2018

CPF: 052.383.413-69

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de ato declaratório
- Comprovantes de despesas médicas
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros



FRANCIVAN VIEIRA DE SA : 052.383.413-69

- 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 ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 17/06/2019
Nome: FRANCIVAN VIEIRA DE SA
CPF: 052.383.413-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

FRANCIVAN VIEIRA DE SA

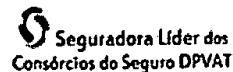
AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>
Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 26

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205539/19

Número do Sinistro: 3190384617

Vítima: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

CPF: 052.383.413-69

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/07/2018

Titular do CPF: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

FRANCIVAN VIEIRA DE SA : 052.383.413-69

Outros

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 ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 17/09/2019
Nome: FRANCIVAN VIEIRA DE SA
CPF: 052.383.413-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Alexandre Tavares Belfort



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>
Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 27



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190384617
Vítima: FRANCIVAN VIEIRA DE SA
Data do Acidente: 16/07/2018
Cobertura: DAMS

RECEBIDO

09 SET 2019

Seguradora Lider DPVAT

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCIVAN VIEIRA DE SA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

Pag. 0157801580 - carta_03 -DAMS



Carta nº 14693064



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205539/19

Número do Sinistro: 3190384617

Vítima: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Data do acidente: 16/07/2018

CPF: 052.383.413-69

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

FRANCIVAN VIEIRA DE SA : 052.383.413-69

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 ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomado por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 17/09/2019
Nome: FRANCIVAN VIEIRA DE SA
CPF: 052.383.413-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Alexandre Tavares Belfort



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>
Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 29