

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de do..., Mensagens, Audiências, Baixar o arquivo..., PJe Acesso 1º Grau..., Consulta proc..., 0800401-40.20...

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=563124&ca=6037a8a82d7e485717aa6ee1ff77b3b...

Navigation bar: PJe 0800401-40.2020.8.18.0146 FRANCIVAN VIEIRA DE SA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

Search bar: 12388154 - CONTESTAÇÃO (2757138 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 07/10/2020 13:45:07

Left sidebar: 07 Oct 2020
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
12388153 - CONTESTAÇÃO
12388154 - CONTESTAÇÃO (2757138 CONTESTACAO 01)
12388167 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
12388158 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
12388160 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
12388161 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 9
2757138- C3/ 2020-03794/ INVALIDEZ/DAMS
JOÃO BARBOSA
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JEC DA COMARCA DE FLORIANO/PI

System tray: PT 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	PROCESSO ADMINISTRATIVO	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, 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

FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES





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.

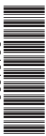
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01579/01580 - carta_03 - DAMS

00070790



Carta nº 14603064





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: 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01587/01588 - carta_01 - DAMS



Carta nº 14603125





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



Autorização de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

ESPGAS 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:

Franciscan Vieira de Sá

CPF:

052383413/69

Profissão:

Permissário

Endereço:

Permissão

Número:

03

Complemento:

Bairro:

Permissão

Cidade:

Mazare

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).

REDA MENSAL:

☐ RECUSO 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 OPÇÃO 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

7

CONTA:

1000094

7

(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) ☐ Divorçado ☐ 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 nascturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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.

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: Parciante Maria Silva Lopes

CPF: 05.29.72.363-00

Assinatura

2º | Nome: Ivoneide Rangel Viana Costa

CPF: 987.560.103-970

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 inteiro 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

Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 5



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	Francivan Vieira de Sá		CPF titular da conta	052383413/69	Profissão	Ajudante Geral	
Endereço			Número	03	Complemento		
Bairro	Permissão	Cidade	Mazaté	Estado	PI	CEP	64825-000
E-mail					Telefone (DDD)	(89)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

- ☐ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0971 D/V 7 CONTA NRO. 1000094 D/V 7
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

- ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
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.

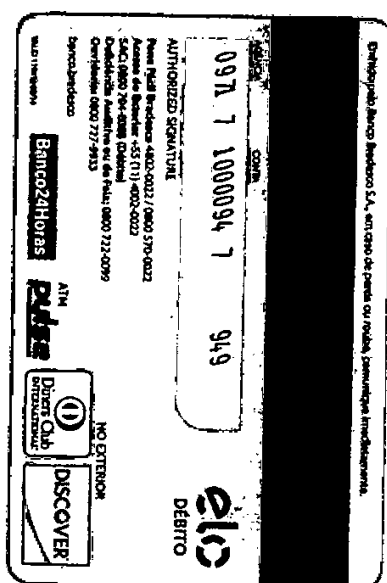
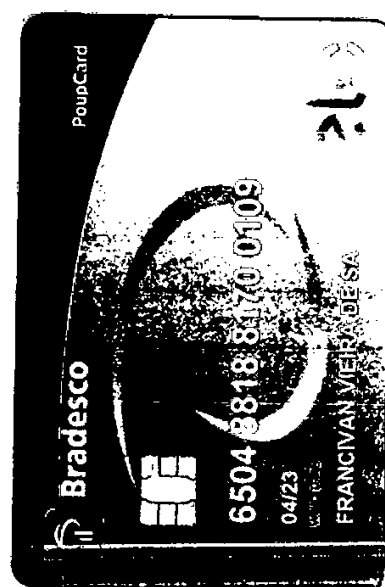
_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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 052383413169	Nome completo da vítima Francivan Vieira de Sá
---------------------------	--------------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francivan Vieira de Sá		CPF titular da conta 052383413169	Profissão At. Serviços Diversos
Endereço		Número 12	Complemento
Bairro Permissão	Cidade Nazaré	Estado Piauí	CEP 64.825-000
Email		Telefone (DDD) (89) 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"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 0971 D/V 7 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 1000094 D/V 7 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
				CONTA NRO. _____ D/V _____ (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

Francivan Vieira de Sá
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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: 0523834/69 4 - Nome completo da vítima: 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: Francivan Vieira de Sá 6 - CPF: 0523834/69
7 - Profissão: At. Serviços Diversos 8 - Endereço: 9 - Número: 12 10 - Complemento:
11 - Bairro: Permissão 12 - Cidade: Nazaré 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 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:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: _____

AGÊNCIA: 0971 7 CONTA: 1000094 7 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):

- ☐ 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

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? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (seu filho)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: Erciane Maria Silva Borges CPF: 052.472.363-00 Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: Ivoneide Borges Viana CPF: 987.560.103-94 Assinatura da testemunha

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

01 a 16 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 Invalidéz 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 | 1ª testemunha | Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha. |
| 39 | 2ª testemunha | Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª 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): Capitais 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 Grcal de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 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 PIAUI

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

NAZARÉ DO PIAUI

Endereço

LOCALIDADE MELANCIAS, Nº:

Complemento

Data/Hora

16/07/2018 - 03:15

RECEBIDO

11 JUN 2019

Seguradora Lider DP/PA1

Bairro

PREJUDICADO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCIVAN VIEIRA DE SÁ

RG: 569578267 SSP PI

Mãe: MARIA JOSÉ VIEIRA DE SÁ

Endereço: LOCALIDADE PERMISSÃO, Nº S/N

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: NAZARÉ DO PIAUI

Telefone(s): 89-9401-9207

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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 ÀS 03H15MIN VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, 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 Alem 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 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

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: *p. o. Maxiana Alem* 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

NAZARÉ DO PIAUÍ

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

LOCALIDADE MELANCIA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCIVAN VIEIRA DE SÁ

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

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: PI Bairro: PREJUDICADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

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

QUANDO CONDUZIA POR UMA ESTRADA DE CHÃO, NO POVOADO MELANCIA/NAZARÉ DO PIAUÍ, QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULANCIA 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. Maxiana Alem
Nayliê Fonseca Pereira Rocha - Mat.
AGENTE DE POLÍ

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

Lucy Keila Leal Parafra
Lucy Keila Leal Parafra
Delegada Geral de Polícia Civil

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

Página 1/1

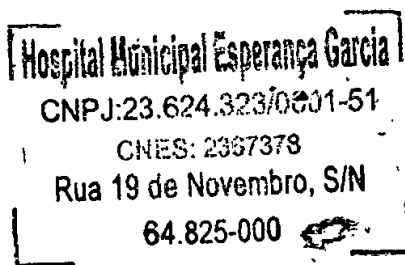


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 13:45:06

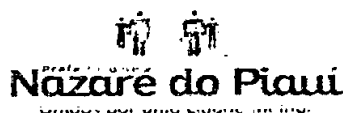
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>

Número do documento: 20100713450665400000011720087

Num. 12388157 - Pág. 12



Comprovação de ato declaratório



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

Secretária 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 - Fone: (86) 3557-1163 - 09422-02001 - e-mail: hospital-esperancagarcia@gmail.com



Comprovante de residência



Eletrobras
Distribuição P. Piauí

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CODIGO

0856289-0

COMPANHIA ENERGIA DE PIAUÍ

Nº da Fatura F-PI-009974289

AGOSTO/2018

24/08/2018

95

63,34

MARIA JOSE VIEIRA DA SA
PV PERMISSAO S/N 8-RURAL
CPF: 00069148821349
CEP: 64.825-000 - NAZARE DO PIAUI

ROT: 177.801.13.82.042000

1160	14/08/2018
1174	15/08/2018
1,000	19/09/2018
95	15/08/2018
95	18/08/2018
NORMAL	31

RURAL MONO A1918368 4 1 2 1 83

JUN/18	60	CONSUMO	95-A-R\$-0,602545	57,24
JUN/18	68	CONTRIB MONETARIA-IGPM (2X)		2,63
MAR/18	94	MULTA POR ATRASO (2X)		1,79
ABR/18	94	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER		1,68
MAR/18	82	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	4,74	
FEV/18	93			
JAN/18	88			
DEZ/17	82			
NOV/17	90			
OUT/17	90			

TARIFA SEM TRIBUTOS

Des/Ano Valor 0856289-0

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

AZF6.AA8C.LF6C.9D9F.AC69.CFBD.BC21.5/E5

11,82	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 PIAUI

06/2018

13,88

ROT: 177.801.13.82.042000



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

Comprovante de residencia



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 possuo comprovante 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>Permissão</u>
Cidade	<u>Nazare</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: Nazare-PI 03-08-2019

Assinatura do Declarante: Francivan Vieira de Sá

669600413



cepsa
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SDAZ 05/98

Para contato
conheça, informe
seu NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0856289-0

Nº da Nota Fiscal 026042214

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

CONTA MÊS AGOSTO/2019 VENCIMENTO 26-08-2019
CONSUMO (KWh) 109 TOTAL A PAGAR (R\$) 71,26

MARIA JOSE VIEIRA DA SA
PV PERMISSAO S/N B-RURAL

CPF: 00069148821349

CEP: 64.825-000 NAZARÉ DO PIAUÍ

Atual:

Anterior:

Constante de Multiplicação:

Consumo Medido:

Consumo Faturado:

Forma de Faturamento:

2443

2334

1,000

109

109

Atual:

Anterior:

20/08/2019

Próxima Leitura:

19-07-2019

Emissão:

18-09-2019

Apresentação:

15-08-2019

Dias de Consumo:

20-08-2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classe/Subclasse NORMAL Ligeira Número Medidor 41918365 Poste 32 Média 12 meses

RUBRICADOR KWh MONO - A1918365 DESCRIÇÃO DA CONTA 4.1.2.1 - 96

JUL/19	98	CONSUMO	109 A R\$ 0,641765 =	69,95
JUN/19	89	CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00		0,04
MAI/19	98	MULTA POR ATRASO 07/19-00		1,18
ABR/19	94	JUROS POR ATRASO 07/19-00		0,09
MAR/19	90	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,62	
FEV/19	92	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	2,66	
JAN/19	90			
DEZ/18	73			
NOV/18	114			
OUT/18	128			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 189 - 0,461832

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.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$
Distribuição: 07E9.F31B.203B.E148.1287.BF6A.6A4A.561E
Energia: 14,71 Aliquota ICMS: 69,95 54,56
Transmissão: 28,41 Valor do ICMS: 22,00%
Encargos: 4,80 Valor do PIS: 15,38
Tributos: 2,35 Valor do COFINS: 0,76
DLC 19,68 INDICADORES DE CONTINUIDADE 1,40% 6,49% 3,54%
FIC DMUC DUCI
Natural Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual Mensal Mensal
Linha
Reservado
Conjunto -6,87 -13,74 27,48 -3,93 -7,85 15,70 -3,97
0,00 0,00 0,00

NAZARÉ DO PIAUÍ

cepsa
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

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

SEU CÓDIGO

0856289-0

MÊS FATURADO

08/2019

Nº da Nota Fiscal: 026042214

06/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

71,26

VENCIMENTO

26-08-2019

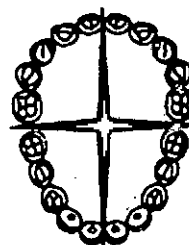
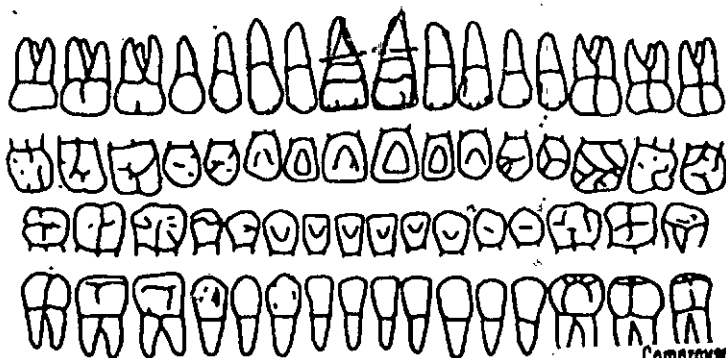
FCAM

83600000000 7 71260017000 5 00000000856 5 28900819008 3



SEQ.: 00134 UC: 0856289-0 DT. LEIT.: 20/08/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 2443 NORMAL TOTAL: 71,26 CARGA: 001

Nome: Francisco Viana de Sá Nº _____
 Residência: _____ Tel. _____
 End. Com. Bairro Permissão Nazaré PS Tel. _____
 Profissão: _____ Nasc. 26/07/1989 Nac. _____ E. Civil Solteiro
 Indicado por: _____ DLNE? _____
 Início Tratamento: / / Término: / / Interrupção



RADIOGRAFIAS

Comprovante de despesas médicas



DENTES _____
 Cor _____ Esc. _____

Anotações: _____

Forma _____

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

SOMA TOTAL: R\$ 1810,00

Dra. Fernanda Ribeiro
 CIRURGIÁ-DENTISTA
 CROPI 3123



**PHARMA SÃO FRANCISCO****JOÃO LUIZ DE OLIVEIRA - MEE**Praça da Bandeira, 264 - Centro
Nazaré do Piauí - Piauí

Nota Fiscal de Venda a Consumidor

SÉRIE "D-1"1.ª Via - Cliente
2.ª Via - Fixa

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

Cliente: Francisco Vieira CPF:End.: Bairro Permissão Data: 17.07.18

Quant.	Discriminação das Mercadorias	PREÇOS R\$	
		Unitário	TOTAL
03ca	Cefalexina 500mg	14,50	43,50
02ca	Proton 100mg	52,85	105,70
03ca	Rizatriptano 5mg	14,50	29,00
03ca	Alendose 400mg	20,40	62,70
05lb	Beipax pom	8,50	42,50
05lb	Neopron	13,50	67,50
04lm	Beta tinto	20,90	83,60
03lm	Ceftriaxone 1g	23,50	70,50
TOTAL RS			505,00

Assinatura do Vendedor

GRÁFICA IRACEMA - Rua Júlio Guimarães, 345 - Sambalva - Fone: 99409-0095/98801-9874 - CNPJ 06.140.384/0001-24 - Insc. Est. 19.457.357-2 - ABRIGRAF 161
10 Bts. 25x2 - Série D-1 de 000101 a 000350 - AJDF 1320755019138/17 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://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100713450665400000011720087>

Número do documento: 20100713450665400000011720087

Documentação médico - hospitalar



CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1

Variação: REGINA

Hipó: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 13

FRANCIVAN VIEIRA DE SA

CPF: - RG: 569578267 - SUS: 898001428022033

Nasc.: 26/07/1989 Idade: 28 ANOS, 11 MESES, 21 Profissão: AUXILIAR DE SERVIÇOS Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64825-0
End.: POVOADO PERMISSAO, 0 - Bairro: Cidade: NAZARE DO PIAUI/PI
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

Ref. queda de moto, com lesão na cabeça, perda momentânea de consciência, náuseas.

Exame clínico/físico:

CD: Sólido TC de crânio, Pan - x e tórax, abdome, ginecologia. Paciente em boa condição geral.

Diagnostico provavel:

No momento, sem alterações, orientado, BEG, ansiedade, eufórico, - febre.

Medicação:

*Alpi 100mg
Hidral: Plavix, ceftriaxona, morfina e paracetamol.
- Dipirona - 0,5g 12, 24 e 36h - 06:20*

Dr. Sergio Siqueira
MÉDICO
CRM-PI 6134

Dr. Sergio Siqueira
MÉDICO
CRM-PI 6134

HOSPITAL REGIONAL
TIBERIO NUNES
EXAME: Tr de pulm
DATA/HORARIO: 16/07/18 3:30
Ass. Técnico

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

HOSPITAL REGIONAL
TIBERIO NUNES
EXAME: Tr de pulm
DATA/HORARIO: 16/07/18 3:34
Ass. Técnico

Paciente referido em urgência com lesão na cabeça.

Lesão na cabeça - crânio

CD: Paciente em boa condição geral.

As 06:05 h reavaliado PA - 130x80 mmHg, FC - 90 bpm.

4. Cirurgia Crânio

Paciente vítima acidente motociclístico, em uso cracota.

Consciente, orientado; lesão na cabeça (já suturada).

CD: MTA para crânio - Geral

Alexandro Soares
Cirurgião Geral
CRM-PI 3983 / CRM-RN 9090
CRM-CE 13588

Ironeide Borges Vianna

BMF: Passaporte no verso da folha

Responsavel: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

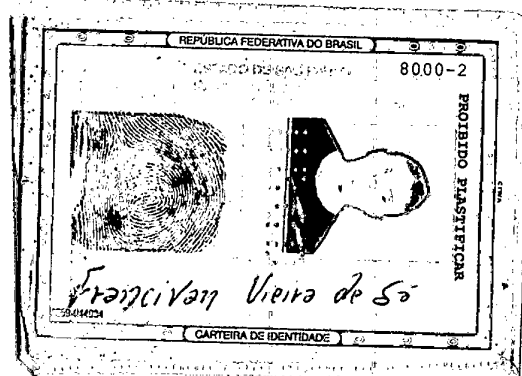
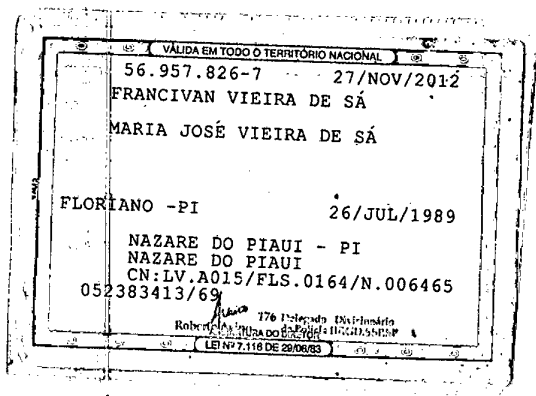
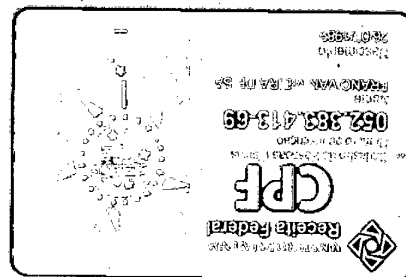
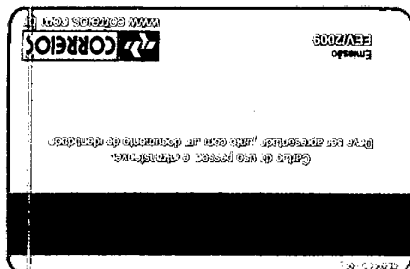
0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES



Requisição de Parecer

Nome <i>Francisco Viana de Sa</i>		Leito
Médico Consultante <i>PS</i>	N. Do Prontuário	
Médico Especialista <i>NCR</i>		
<p>Motivo da consulta (Indicar as Dúvidas e Enumerar os principais Sintomas do Enfermo)</p> <p><i>pt intima e acidente motor distal p/ 12. pt relata perda momentânea da consciência, não sonos.</i></p> <p><i>No momento pt consciente, orientado, BGL, avestido, emitar, afonia</i></p>		
<p><i>16 / 07 / 18</i></p> <p>Data</p>		<p>Dr. Sérgio Silva MÉDICO CRM-PI 6134</p> <p>Ass. do Médico Consultante</p>
<p>PARECER</p> <p><i>TC de urina sem infecção neuromuscular e</i></p> <p><i>imagens. Sem alterações em hemograma</i></p> <p><i>Sem conduta neurológica</i></p> <p><i>Somente clíno</i></p> <p><i>Dr. Leonardo Moura</i> CRM-PI 1297</p>		
<p>Data</p>		<p>Ass. do Médico Consultante</p>







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PI 0020170392025 Nº 013405446650 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	RJN.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	947641025		2018
NOME			
FRANCIVAN VIEIRA DE SA			

CPF / CNPJ		PLACA	
05238341369		NIF-1480	
PLACA ANT. / UP		CHASSI	
		9C2KC0810BR099687	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLO/NEHUMA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		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	
1º IPVA		VENC. / COTAS	
FAIXA I.P.V.A.		2º	
PARCELAMENTO / COTAS		3º PAGO	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		KOF (R\$)	
SEGURO		PAGO	
PRÊMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESTRICÇÕES			
LOCAL		DATA	
FLORIANO		5/12/2018	
ARÃO MARTINS DO REGO LOBÃO DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
PI Nº 013405446650 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	
2018		5/12/2018	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	05238341369	NIF-1480	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
947641025		HONDA/CG 150 TITAN KS	
ANO FAB.	CAT. DEP.	Nº CHASSI	
2007	09	9C2KC0810BR099687	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
81,28	9,03	90,31	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		KOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4,15		0,70	185,50
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO		29/11/2018	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.245.606/0001-04			



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


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PI 9020170126516 Nº 013029247480 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	OD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	947641025		2017
NOME			
FRANCIVAN VIEIRA DE SA			

CPF / CNPJ			
05238341369		PLACA	
		NIF-1480	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
		9C2KC08108R099687	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLO/MENHUMA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		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	
1º IPVA		VENC. / COTAS	
2º		3º PAGO	
FAIXA I.P.V.A.		PARCELAMENTO / COTAS	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
SEGURO 141		PAGO 316.000,00	
OBSERVAÇÕES		DATA DE PAGAMENTO	
SEM RESTRICÇÕES		4/11/2017	
LOCAL		DATA	
FLORIANO		4/11/2017	
HONORARIOS DO REGISTRO E LICENCIAMENTO			
DIRETOR DE REGISTRO E LICENCIAMENTO			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
PI Nº 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	
VIA	CPF / 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			
PNS (R\$)	DENATRAM (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 QUITAÇÃO	
X COTA ÚNICA		PARCELADO	
		01/11/2017	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.348.602/0001-04			



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

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, 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

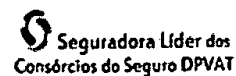
Data do cadastramento: 17/06/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

FRANCIVAN VIEIRA DE SA

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



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

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

Outros

FRANCIVAN VIEIRA DE SA : 052.383.413-69

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Outros



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 cancela 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





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 Líder 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

00070790



Carta nº 14603064



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

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

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

FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Alexandre Tavares Belfort

