

Browser tabs: Email - A, Controle, Message, Audiência, Acesso 1, Consulta, Consulta, 0800213, Baixar o, (30), +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=187433&ca=a02f86df8c4ff3fc8963a55e7c61f73d...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., Administrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJE** ProceComCiv 0800213-78.2019.8.18.0050 MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO ...

Page Title: 12593429 - CONTESTAÇÃO (2759246 CONTESTACAO 01)

Subheader: Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 19/10/2020 10:31:06


Left sidebar: 19 Oct 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12593420 - CONTESTAÇÃO
 - 12593429 - CONTESTAÇÃO (2759246 CONTESTACAO 01)
 - 12593431 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12593432 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12593433 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12593434 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 10

Document content:

2759246- C3/ 2020-03894/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ESPERANTINA/PI

Right sidebar: 10:31 19/10/2020



Número: **0800213-78.2019.8.18.0050**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Esperantina (Cível)**

Última distribuição : **22/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA (AUTOR)		FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12593431	19/10/2020 10:31	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180578033

Vítima: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

Data do Acidente: 02/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13696397

Pag. 01373/01374 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180578033

Vítima: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

Data do Acidente: 02/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

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

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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. 01363/01364 - carta_03 - INVALIDEZ

00060682



Carta nº 13711224



Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0818285-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Cx. 70/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/000-001 P.O. Caixa: 16.301.303-5
Nossa Pessoa / Caixa de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de tributação estabelecido pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 011578319

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEI fixada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTÁBIL	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	02/10/2018	51	29,48

MARIA DOS SANTOS S. PAIVA
R. JOAO COSTA 100 S/C B-URBANO
CPF: 00092491464349
CEP: 64.178-000 - MORRO DO CHAPEU DO PIAUÍ DT: 139.006.17.04.055650

DADOS DA CÉLULA		DADOS DA CÉLULA (FOLHA)	
Ativ.: 6173		Ativ.: 23/08/2018	
Anterior: 51		Anterior: 26/10/2018	
Consumo Medidor: 51	FCAM	Anterior Leitura: 24/09/2018	
Consumo Faturado: MEDIA 12M		Embalador: 25/09/2018	
		Apresentação: 33	

RESID. BY RENDA	HONO.	TIPO	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA
AGOS/18	50	CONSUMO	30,48	02/10/2018	30,48	02/10/2018	30,48	02/10/2018
JUL/18	50	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	21,43	02/10/2018	21,43	02/10/2018	21,43	02/10/2018
JUN/18	65	DIFERENCA DE TARIFA	2,74	02/10/2018	2,74	02/10/2018	2,74	02/10/2018
MAI/18	55	SUBVENCAO BAIXA RENDA	23,60	02/10/2018	23,60	02/10/2018	23,60	02/10/2018
ABR/18	48	CORRECAO MONETARIA IG 07/18-00	17,12	02/10/2018	17,12	02/10/2018	17,12	02/10/2018
MAR/18	45	MULTA POR ATRASO 07/18-00	0,53	02/10/2018	0,53	02/10/2018	0,53	02/10/2018
FEV/18	47	JUROS DE MORA DE IMPO 07/18-00	0,56	02/10/2018	0,56	02/10/2018	0,56	02/10/2018
JAN/18	46	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	1,13	02/10/2018	1,13	02/10/2018	1,13	02/10/2018
DEZ/17	52							
NOV/17	50							

TARIFAS SEM TRIBUTOS:
P.A. 30 - R\$ 0,00
S.A. 51 - R\$ 0,00

Res. 474/2016 - VENCIMENTO 08/2018 30,66
FATURADO PELA MEDIA C/ IMPEDIMENTO DE LEITURA (Art. 87), SUJEITO A
SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (Art. 171) - RES 414/10 ANEEL
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

167E.75FB.A2E9.0479.1EDB.736A.D067.7640

RESERVAÇÃO AO FISCO		RESERVAÇÃO AO FISCO	
COMPENSAR	8,81	COMPENSAR	42,49
Distribuição:	2,63	Base de Cálculo:	22,00
Energia:	2,66	Alíquota ICMS:	9,34
Encargos:	11,67	Valor do ICMS:	0,41
Tributos:		Valor do PIS:	1,92
		Valor do COFINS:	

PARCÉLIAS E CONTRIBUIÇÕES							
6,87	13,74	27,48	3,42	7,25	14,70	3,97	
0,00			0,00			0,00	
ESPERANTINA				07/2018 7,32			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 04.002-470
Teresina-PI





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
924.914.643-49	924.914.643-49	MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO DO FORMULARIO SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA	924.914.643-49	
Profissão:	Endereço:	Número:
LAVRADORA	RUA JOÃO COSTA	100
Bairro:	Cidade:	Estado:
CENTRO	MORRO DO CHAPEU DO PIAVI	PI
E-mail:	CEP:	
	64.178-000	
	Insc. (CPF):	
	86994999528	

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

RENDIMENTO MENSAL:	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA			

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: (3834) (013) CONTA: (00028598) (0)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 LIDER 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos vivos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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.

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura



Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

240 529391750-8

28/AGO/2018

HORA DE: 11:31:21

LOT: 16.022784-4

TERM: 048140

LOCALIDADE: MORRO DO CHAPÉU DO PIAUÍ

AG. VINCULADA: 3834

CONTROLE: 4470430.5

DEPOSITO EM DINHEIRO

3834 013 00026598-0

MARIA DS SILVA PAIVA

VALOR

:

CELEST

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

240-529391750-8

1ª VIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
01 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende 465, Loja C
Centro-Norte CEP: 64.062-470
Tefondu-PI





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



500 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 198738.000116/2018-00

Unidade de Registro: 13ª DRPC - ESPERANTINA

Resp. pelo Registro: Sebastião Santos Gonçalves

Data/Hora: 06/12/2018 - 09:21

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE MORRO DO CHAPÉU DO PIAUÍ
Tipo Local
VIA PÚBLICA
Município
MORRO DO CHAPÉU DO PIAUÍ
Endereço
RODOVIA PI 214 - NOVA VIDA, Nº:
Complemento

401390

Data/Hora
02/11/2016 - 05:00

Bairro
INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA
Mãe: MARIA ZULEIDE DA SILVA
Pai: JOÃO FRANCISCO DE PAIVA
Endereço: RUA JOÃO COSTA, Nº 100
Complemento: CENTRO
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Cidade: MORRO DO CHAPÉU DO PIAUÍ
Telefone(s): 86-8137-7933

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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 125 FAN KS	2012	OCL6988	9C2JC4110CR430828	396932088	Preta

Condutor: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA
End: RUA JOÃO COSTA Número: 100 Complemento: CENTRO
Cidade: MORRO DO CHAPÉU DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Proprietário: JOSÉ EDIMILSON CARVALHO PIRES FILHO
End: RUA VER. FRANCISCO L. CASTRO Número: 158
Cidade: ESPERANTINA UF: Bairro: CENTRO

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATOU a vítima que se envolveu num acidente de trânsito na rodovia quando pilotava o veículo citado e atingiu um suíno, caiu e sofreu um ferimento extenso no joelho esquerdo e outras escoriações leves pelo corpo; Afirma a vítima que estava acompanhada da carona Marilucia Araujo Sousa, a qual não sofreu ferimentos; Cita a vítima que foi amparada por seu irmão Domingos Chaves e foi conduzida para o Hospital Estadual Dr. Julio Hartman de Esperantina onde recebeu atendimento clínico.

Sebastião Santos Gonçalves - Mat. 0385042
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA - Noticiante
Responsável pela Informação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho do Resende, 465 Loja C
14.002-470

Ocorrência emitida em: 06/12/2018 08:21 - SisBO 2018-2018-211

Página 1/2





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

500 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 198738.000116/2018-00

Delegado de Polícia

Boletim de Ocorrência emitido em: 06/12/2018 08:21 - SisBO 2011.2018.ATI



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 924.914.643-49 Nome completo da vítima: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO (CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012)
Nome completo: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA CEP: 924.914.643-49
Profissão: LAVRADORA Endereço: RUA JOÃO COSTA Número: 100 Complemento: _____
Bairro: CENTRO Cidade: MORRO DO CHAPEU DO PIAUÍ Estado: PI CEP: 64.178-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 86 994 999528

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

REDA MENSAL:
☒ REDUZO 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: 3834 (01) CONTA: 00028598 (0) 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.

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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ 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 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.

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura





MAL. DEODORO,
CENTRO, ESPERANTINA/PI - 64180-000
CNPJ: 06553564000308
(86) 3383-1193 - ()

Atendimento: P038271

Data: 02/11/2016
Funcionario: MACIELE

Registro: 23437
Hora: 05:54:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO
SUS

Senha 7

MARIA SANTOS SILVA PAIVA

Nasc.: 03/09/1969 Idade: 47 ANOS, 2 MESES, 29 DIAS Profissão:
End.: RUA JOAO COSTA, 100 - Bairro:
Cor: PARDA Telefone: () Mãe: MARIA ZULEIDE DA SILVA

CPF: - RG: 1821077 - SUS: 20925030460009

Civil:

CEP: 641780

Cidade: MORRO DO CHAPEU DO PIAUI/PI

Paí:

Clinica: CLINICA MEDICA

Documento: 2 - MEDICO DE PLANTAO

Responsavel: MARIA SANTOS SILVA PAIVA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

02/11/2016 5:54 0301060096 ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

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

Queixa principal:

ACIDENTE COM NOVO EM AUTO ESTRADA

Exame clínico/físico:

FERIMENTO EXTENSO NO JOELHO (E).

Diagnostico provavel:

Medicação:

SUTURA APÓS LIMPEZA LOCAL
DOS ANESTESIA.

PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICO/ANTINFLAMATÓRIO.

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

06.553.564/0003-000
HOSPITAL ESTADUAL DR.
JÚLIO HARTMAN
Rua Marechal Deodoro, 341
Centro CEP: 64.180-000
Esperantina - PI



Maria Santos Silva Paiva

Responsavel: MARIA SANTOS SILVA PAIVA

Dr. Raimundo Fátima
Médico
RPM-2032

2 - MEDICO DE PLANTAO





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Cx. 70/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/000-001 P.O. Caixa: 16.301.303-5
Nossa Pessoa / Caixa de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto de Renda pela SENAZ 06/98

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0818285-0

Nº da Nota Fiscal 011578319

A Tarefa Social da Energia Elétrica - TSEI fixada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	02/10/2018	51	29,48

MARIA DOS SANTOS S PAIVA
R. JOAO COSTA 100 S/C B-URBANO
CPF: 00092491464349
CEP: 64.178-000 - MORRO DO CHAPEU DO PIAUÍ

TIPO DE TITULO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
Atualiz.	6173	25/09/2018
Anterior		23/08/2018
Conexão de Multiplicação	51	26/10/2018
Consumo Medidor	51	24/09/2018
Consumo Faturado: MEDIA 12M		25/09/2018
		Apresentação: 33

RESID. BY RENDA	HONO.	TIPO DE TITULO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
		Atualiz.	6173	25/09/2018
		Anterior		23/08/2018
		Conexão de Multiplicação	51	26/10/2018
		Consumo Medidor	51	24/09/2018
		Consumo Faturado: MEDIA 12M		25/09/2018
		Apresentação	33	

Resumo de Faturamento
08/2018 30,66
FATURADO PELA MEDIA C/ IMPEDIMENTO DE LEITURA (Art 87), SUJEITO A
SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (Art 171) - RES 414/10 ANEEL
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
08/2018	30,66	02/10/2018
167E.75FB.A2E9.0479.1EDB.736A.D067.7640		
COMPENSAR POR FISCOS	8,81	
Distribuição	2,63	
Energia	2,66	
Transmissão	11,67	
Encargos		
Tributos		
Base de Cálculo	42,49	
Alíquota ICMS	9,34	
Valor do ICMS	0,41	
Valor do PIS	1,92	
Valor do COFINS		
6,87 13,74 27,48 3,42 7,25 14,70 3,97		
0,00 0,00 0,00		
ESPERANTINA		07/2018 7,32

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
07 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 04.002-470
Teresina-PI



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ EDIMILSON CARVALHO PIRES FILHO.

RG nº 1.249.289, data de expedição 26/10/2016

Órgão SSP, portador do CPF nº 536.774.983-68 com
domicílio na cidade de ESPERANTINA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA VEREADOR FRANCISCO LUSTOSA DE CASTRO, nº 158.

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARIA DOS SANTOS SILVA PALVA cujo o condutor era
MARIA DOS SANTOS SILVA PALVA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CB 125 FAN KS

Ano: 2012

Placa: 0CL-6988

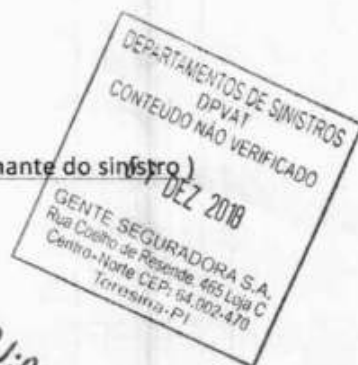
Chassi: 9C2JC4110CR430828

Data do Acidente: 02/11/2016

Local e Data: ESPERANTINA 22 DE NOVEMBRO 2018

JOSE Edimilson Carvalho Pires Filho
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





HOSPITAL ESTADUAL JULIO HARTMAN
MAL. DEODORO, CENTRO
CENTRO, ESPERANTINA/PI - 64180-000
CNPJ: 06553564000308
(86) 3383-1193 - () -

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0205747
Data: 02/11/2016
Funcionario: ANDRE

Registro: 21156
Hora: 05:30:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 1

SUS

MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

sc.: 03/09/1969 Idade: 49 ANOS, 4 MESES, 5 DIAS Profissão: LAVRADOR

CPF: 924.914.643-49 - RG: 1821077 - SUS: 209245030460009

1.: JOAO COSTA, 100 -

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64178-000

2.: PARDA Telefone: (86) 9810-35438 Bairro: CENTRO Mãe: MARIA ZULEIDE DA SILVA

Cidade: MORRO DO CHAPEU DO PIAUI/PI

Pai: JOAO FRANCISCO DE PAIVA

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 2032 - RAIMUNDO RODRIGUES FONTINELE

Responsável: MARILUCIA ARAUJO SOUZA -

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

2/11/2016 5:30 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

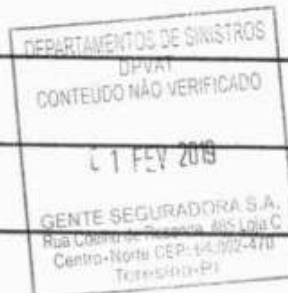
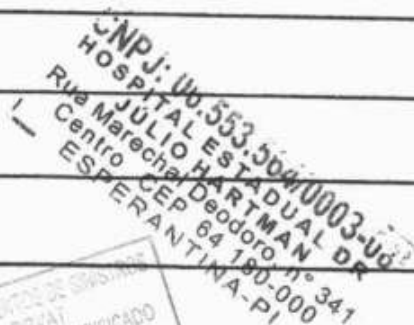
Queixa principal:

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:



Marilucia Araujo Souza

Dr. Raimundo Fontinele
MÉDICO
CPF 356.672.813-30
CRM-PI 2.071



Admissão	103672
Data:	02/11/2016
Hora:	13:14

MAL. DEODORO, 0
ESPERANTINA/PI

BOLETIM DE ADMISSÃO

21156 - MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

- Sexo: FEMININO - 03/09/1969 - 47 ANOS, 2 MESES, 29 DIAS

COR: PARDA

Clínica: CLINICA MEDICA Enfermaria: 05- ENFERMARIA - F Leito: 0503 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 2 - MEDICO DE PLANTAO

CPF: RG: 1821077 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: RUA JOAO COSTA, N° 100 - CEP: 64178-000 Bairro: CENTRO

Cidade: 2206670- MORRO DO CHAPEU DO Profissão: Telefone: (86) 9810-35438

Pai: JOAO FRANCISCO DE PAIVA Mãe: MARIA ZULEIDE DA SILVA

Responsavel: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA - (86) 9810-35438 - O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

06.553.504/0003-081
HOSPITAL SETADUAL DR.
JULIO HARTMAN
Rua Marechal Deodoro, 349
Centro CEP: 64.150-808
Esperantina - PI

Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		

Transferido

História Clínica

*Acidente de moto com lesão
contusa no joelho (E).*

Diagnóstico Provável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
UPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
11 FEV 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresopolis-PI

Dr. Raimundo Fontinele
Médico
021-9917

MEDICO DE PLANTAO



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL ESTADUAL JULIO HARTMAN
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL ESTADUAL JULIO HARTMAN

2 - CNES
2373083
4 - CNES
2373083

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
209245030460009
10 - NOME DA MÃE
MARIA ZULEIDE DA SILVA
12 - ENDEREÇO
RUA JOAO COSTA, 100 - CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MORRO DO CHAPEU DO PIAUI

8 - DATA DE NASCIMENTO
03/09/1969

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
21156
9 - SEXO
Masc. 1 Fem. X 2

11 - TELEFONE DE CONTATO
() -

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2206670

15 - UF
PI
16 - CEP
64178-005

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

08.553.564/0003-081
HOSPITAL ESTADUAL DR.
JULIO HARTMAN
Rua Marechal Deodoro, 841
Centro CEP: 64.189-000
Esperança - PI

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
11 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 - Loja C
e F - 13.032-870
Teresina-PI

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
CLÍNICA MÉDICA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
MÉDICO DE PLANTÃO

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
02/11/2016

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE
40 - CNAE EMPRESA
41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
M230350101

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF
46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Resumo de Alta / Transferência

103672 - MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

Data: 02/11/2016 Leito: 0503

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes:

106.543.554/0003-01

HOSPITAL ESTADUAL DR.

JULIO HARTMAN

Rua Marechal Deodoro, 341

Centro CEP: 84.180-000

Esperantina - PI

Diagnóstico principal:

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos

- Cirurgia realizada:

Cirurgião:

tipo de anestesia / sedação:

Data: / /

- Cirurgia realizada:

Cirurgião:

tipo de anestesia / sedação:

Data: / /

Procedimentos / Exames Invasivos

Data: / /

Data: / /

Data: / /

Condições de Alta / Transferência

Curado

☐

Melhorado

☐

Inalterado

☐

Óbito

Destino:

☐

Residência

☐

Atendimento domiciliar

☐

Transferência para:

Observação:





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DR. JÚLIO HARTMAN
FONE: (06) 3363-1193 - ESPERANTINA - PI.

PRESCRIÇÃO MÉDICA



ACIDENTE: Maria Santa Silva Pereira ENFERMARIA: 5 LEITO: 4 Nº DO PRONTUÁRIO: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES
<u>Dor no braço</u>		<u>07:00h Admitida em clínica</u>
<u>2) 500,0mg</u>	<u>10:00h</u>	<u>médica procedente do município</u>
<u>3) 500,0mg</u>	<u>17:00h</u>	<u>do Morro do Chapim, acompanhado</u>
<u>4) 500,0mg</u>	<u>18:00h</u>	<u>da. Almeida, tem em um</u>
<u>5) 500,0mg</u>	<u>19:00h</u>	<u>apêndice (C) dorida, uma col.</u>
<u>6) 500,0mg</u>	<u>20:00h</u>	<u>de motocicleta. —</u>
<u>7) 500,0mg</u>	<u>21:00h</u>	<u>—</u>
<u>8) 500,0mg</u>	<u>22:00h</u>	<u>—</u>
<u>9) 500,0mg</u>	<u>23:00h</u>	<u>—</u>
<u>10) 500,0mg</u>	<u>00:00h</u>	<u>—</u>
<u>11) 500,0mg</u>	<u>01:00h</u>	<u>—</u>
<u>12) 500,0mg</u>	<u>02:00h</u>	<u>—</u>
<u>13) 500,0mg</u>	<u>03:00h</u>	<u>—</u>
<u>14) 500,0mg</u>	<u>04:00h</u>	<u>—</u>
<u>15) 500,0mg</u>	<u>05:00h</u>	<u>—</u>
<u>16) 500,0mg</u>	<u>06:00h</u>	<u>—</u>
<u>17) 500,0mg</u>	<u>07:00h</u>	<u>—</u>
<u>18) 500,0mg</u>	<u>08:00h</u>	<u>—</u>
<u>19) 500,0mg</u>	<u>09:00h</u>	<u>—</u>
<u>20) 500,0mg</u>	<u>10:00h</u>	<u>—</u>
<u>21) 500,0mg</u>	<u>11:00h</u>	<u>—</u>
<u>22) 500,0mg</u>	<u>12:00h</u>	<u>—</u>
<u>23) 500,0mg</u>	<u>13:00h</u>	<u>—</u>
<u>24) 500,0mg</u>	<u>14:00h</u>	<u>—</u>
<u>25) 500,0mg</u>	<u>15:00h</u>	<u>—</u>
<u>26) 500,0mg</u>	<u>16:00h</u>	<u>—</u>
<u>27) 500,0mg</u>	<u>17:00h</u>	<u>—</u>
<u>28) 500,0mg</u>	<u>18:00h</u>	<u>—</u>
<u>29) 500,0mg</u>	<u>19:00h</u>	<u>—</u>
<u>30) 500,0mg</u>	<u>20:00h</u>	<u>—</u>
<u>31) 500,0mg</u>	<u>21:00h</u>	<u>—</u>
<u>32) 500,0mg</u>	<u>22:00h</u>	<u>—</u>
<u>33) 500,0mg</u>	<u>23:00h</u>	<u>—</u>
<u>34) 500,0mg</u>	<u>00:00h</u>	<u>—</u>
<u>35) 500,0mg</u>	<u>01:00h</u>	<u>—</u>
<u>36) 500,0mg</u>	<u>02:00h</u>	<u>—</u>
<u>37) 500,0mg</u>	<u>03:00h</u>	<u>—</u>
<u>38) 500,0mg</u>	<u>04:00h</u>	<u>—</u>
<u>39) 500,0mg</u>	<u>05:00h</u>	<u>—</u>
<u>40) 500,0mg</u>	<u>06:00h</u>	<u>—</u>
<u>41) 500,0mg</u>	<u>07:00h</u>	<u>—</u>
<u>42) 500,0mg</u>	<u>08:00h</u>	<u>—</u>
<u>43) 500,0mg</u>	<u>09:00h</u>	<u>—</u>
<u>44) 500,0mg</u>	<u>10:00h</u>	<u>—</u>
<u>45) 500,0mg</u>	<u>11:00h</u>	<u>—</u>
<u>46) 500,0mg</u>	<u>12:00h</u>	<u>—</u>
<u>47) 500,0mg</u>	<u>13:00h</u>	<u>—</u>
<u>48) 500,0mg</u>	<u>14:00h</u>	<u>—</u>
<u>49) 500,0mg</u>	<u>15:00h</u>	<u>—</u>
<u>50) 500,0mg</u>	<u>16:00h</u>	<u>—</u>
<u>51) 500,0mg</u>	<u>17:00h</u>	<u>—</u>
<u>52) 500,0mg</u>	<u>18:00h</u>	<u>—</u>
<u>53) 500,0mg</u>	<u>19:00h</u>	<u>—</u>
<u>54) 500,0mg</u>	<u>20:00h</u>	<u>—</u>
<u>55) 500,0mg</u>	<u>21:00h</u>	<u>—</u>
<u>56) 500,0mg</u>	<u>22:00h</u>	<u>—</u>
<u>57) 500,0mg</u>	<u>23:00h</u>	<u>—</u>
<u>58) 500,0mg</u>	<u>00:00h</u>	<u>—</u>
<u>59) 500,0mg</u>	<u>01:00h</u>	<u>—</u>
<u>60) 500,0mg</u>	<u>02:00h</u>	<u>—</u>
<u>61) 500,0mg</u>	<u>03:00h</u>	<u>—</u>
<u>62) 500,0mg</u>	<u>04:00h</u>	<u>—</u>
<u>63) 500,0mg</u>	<u>05:00h</u>	<u>—</u>
<u>64) 500,0mg</u>	<u>06:00h</u>	<u>—</u>
<u>65) 500,0mg</u>	<u>07:00h</u>	<u>—</u>
<u>66) 500,0mg</u>	<u>08:00h</u>	<u>—</u>
<u>67) 500,0mg</u>	<u>09:00h</u>	<u>—</u>
<u>68) 500,0mg</u>	<u>10:00h</u>	<u>—</u>
<u>69) 500,0mg</u>	<u>11:00h</u>	<u>—</u>
<u>70) 500,0mg</u>	<u>12:00h</u>	<u>—</u>
<u>71) 500,0mg</u>	<u>13:00h</u>	<u>—</u>
<u>72) 500,0mg</u>	<u>14:00h</u>	<u>—</u>
<u>73) 500,0mg</u>	<u>15:00h</u>	<u>—</u>
<u>74) 500,0mg</u>	<u>16:00h</u>	<u>—</u>
<u>75) 500,0mg</u>	<u>17:00h</u>	<u>—</u>
<u>76) 500,0mg</u>	<u>18:00h</u>	<u>—</u>
<u>77) 500,0mg</u>	<u>19:00h</u>	<u>—</u>
<u>78) 500,0mg</u>	<u>20:00h</u>	<u>—</u>
<u>79) 500,0mg</u>	<u>21:00h</u>	<u>—</u>
<u>80) 500,0mg</u>	<u>22:00h</u>	<u>—</u>
<u>81) 500,0mg</u>	<u>23:00h</u>	<u>—</u>
<u>82) 500,0mg</u>	<u>00:00h</u>	<u>—</u>
<u>83) 500,0mg</u>	<u>01:00h</u>	<u>—</u>
<u>84) 500,0mg</u>	<u>02:00h</u>	<u>—</u>
<u>85) 500,0mg</u>	<u>03:00h</u>	<u>—</u>
<u>86) 500,0mg</u>	<u>04:00h</u>	<u>—</u>
<u>87) 500,0mg</u>	<u>05:00h</u>	<u>—</u>
<u>88) 500,0mg</u>	<u>06:00h</u>	<u>—</u>
<u>89) 500,0mg</u>	<u>07:00h</u>	<u>—</u>
<u>90) 500,0mg</u>	<u>08:00h</u>	<u>—</u>
<u>91) 500,0mg</u>	<u>09:00h</u>	<u>—</u>
<u>92) 500,0mg</u>	<u>10:00h</u>	<u>—</u>
<u>93) 500,0mg</u>	<u>11:00h</u>	<u>—</u>
<u>94) 500,0mg</u>	<u>12:00h</u>	<u>—</u>
<u>95) 500,0mg</u>	<u>13:00h</u>	<u>—</u>
<u>96) 500,0mg</u>	<u>14:00h</u>	<u>—</u>
<u>97) 500,0mg</u>	<u>15:00h</u>	<u>—</u>
<u>98) 500,0mg</u>	<u>16:00h</u>	<u>—</u>
<u>99) 500,0mg</u>	<u>17:00h</u>	<u>—</u>
<u>100) 500,0mg</u>	<u>18:00h</u>	<u>—</u>
<u>101) 500,0mg</u>	<u>19:00h</u>	<u>—</u>
<u>102) 500,0mg</u>	<u>20:00h</u>	<u>—</u>
<u>103) 500,0mg</u>	<u>21:00h</u>	<u>—</u>
<u>104) 500,0mg</u>	<u>22:00h</u>	<u>—</u>
<u>105) 500,0mg</u>	<u>23:00h</u>	<u>—</u>
<u>106) 500,0mg</u>	<u>00:00h</u>	<u>—</u>
<u>107) 500,0mg</u>	<u>01:00h</u>	<u>—</u>
<u>108) 500,0mg</u>	<u>02:00h</u>	<u>—</u>
<u>109) 500,0mg</u>	<u>03:00h</u>	<u>—</u>
<u>110) 500,0mg</u>	<u>04:00h</u>	<u>—</u>
<u>111) 500,0mg</u>	<u>05:00h</u>	<u>—</u>
<u>112) 500,0mg</u>	<u>06:00h</u>	<u>—</u>
<u>113) 500,0mg</u>	<u>07:00h</u>	<u>—</u>
<u>114) 500,0mg</u>	<u>08:00h</u>	<u>—</u>
<u>115) 500,0mg</u>	<u>09:00h</u>	<u>—</u>
<u>116) 500,0mg</u>	<u>10:00h</u>	<u>—</u>
<u>117) 500,0mg</u>	<u>11:00h</u>	<u>—</u>
<u>118) 500,0mg</u>	<u>12:00h</u>	<u>—</u>
<u>119) 500,0mg</u>	<u>13:00h</u>	<u>—</u>
<u>120) 500,0mg</u>	<u>14:00h</u>	<u>—</u>
<u>121) 500,0mg</u>	<u>15:00h</u>	<u>—</u>
<u>122) 500,0mg</u>	<u>16:00h</u>	<u>—</u>
<u>123) 500,0mg</u>	<u>17:00h</u>	<u>—</u>
<u>124) 500,0mg</u>	<u>18:00h</u>	<u>—</u>
<u>125) 500,0mg</u>	<u>19:00h</u>	<u>—</u>
<u>126) 500,0mg</u>	<u>20:00h</u>	<u>—</u>
<u>127) 500,0mg</u>	<u>21:00h</u>	<u>—</u>
<u>128) 500,0mg</u>	<u>22:00h</u>	<u>—</u>
<u>129) 500,0mg</u>	<u>23:00h</u>	<u>—</u>
<u>130) 500,0mg</u>	<u>00:00h</u>	<u>—</u>
<u>131) 500,0mg</u>	<u>01:00h</u>	<u>—</u>
<u>132) 500,0mg</u>	<u>02:00h</u>	<u>—</u>
<u>133) 500,0mg</u>	<u>03:00h</u>	<u>—</u>
<u>134) 500,0mg</u>	<u>04:00h</u>	<u>—</u>
<u>135) 500,0mg</u>	<u>05:00h</u>	<u>—</u>
<u>136) 500,0mg</u>	<u>06:00h</u>	<u>—</u>
<u>137) 500,0mg</u>	<u>07:00h</u>	<u>—</u>
<u>138) 500,0mg</u>	<u>08:00h</u>	<u>—</u>
<u>139) 500,0mg</u>	<u>09:00h</u>	<u>—</u>
<u>140) 500,0mg</u>	<u>10:00h</u>	<u>—</u>
<u>141) 500,0mg</u>	<u>11:00h</u>	<u>—</u>
<u>142) 500,0mg</u>	<u>12:00h</u>	<u>—</u>
<u>143) 500,0mg</u>	<u>13:00h</u>	<u>—</u>
<u>144) 500,0mg</u>	<u>14:00h</u>	<u>—</u>
<u>145) 500,0mg</u>	<u>15:00h</u>	<u>—</u>
<u>146) 500,0mg</u>	<u>16:00h</u>	<u>—</u>
<u>147) 500,0mg</u>	<u>17:00h</u>	<u>—</u>
<u>148) 500,0mg</u>	<u>18:00h</u>	<u>—</u>
<u>149) 500,0mg</u>	<u>19:00h</u>	<u>—</u>
<u>150) 500,0mg</u>	<u>20:00h</u>	<u>—</u>
<u>151) 500,0mg</u>	<u>21:00h</u>	<u>—</u>
<u>152) 500,0mg</u>	<u>22:00h</u>	<u>—</u>
<u>153) 500,0mg</u>	<u>23:00h</u>	<u>—</u>
<u>154) 500,0mg</u>	<u>00:00h</u>	<u>—</u>
<u>155) 500,0mg</u>	<u>01:00h</u>	<u>—</u>
<u>156) 500,0mg</u>	<u>02:00h</u>	<u>—</u>
<u>157) 500,0mg</u>	<u>03:00h</u>	<u>—</u>
<u>158) 500,0mg</u>	<u>04:00h</u>	<u>—</u>
<u>159) 500,0mg</u>	<u>05:00h</u>	<u>—</u>
<u>160) 500,0mg</u>	<u>06:00h</u>	<u>—</u>
<u>161) 500,0mg</u>	<u>07:00h</u>	<u>—</u>
<u>162) 500,0mg</u>	<u>08:00h</u>	<u>—</u>
<u>163) 500,0mg</u>	<u>09:00h</u>	<u>—</u>
<u>164) 500,0mg</u>	<u>10:00h</u>	<u>—</u>
<u>165) 500,0mg</u>	<u>11:00h</u>	<u>—</u>
<u>166) 500,0mg</u>	<u>12:00h</u>	<u>—</u>
<u>167) 500,0mg</u>	<u>13:00h</u>	<u>—</u>
<u>168) 500,0mg</u>	<u>14:00h</u>	<u>—</u>
<u>169) 500,0mg</u>	<u>15:00h</u>	<u>—</u>
<u>170) 500,0mg</u>	<u>16:00h</u>	<u>—</u>
<u>171) 500,0mg</u>	<u>17:00h</u>	<u>—</u>
<u>172) 500,0mg</u>	<u>18:00h</u>	<u>—</u>
<u>173) 500,0mg</u>	<u>19:00h</u>	<u>—</u>
<u>174) 500,0mg</u>	<u>20:00h</u>	<u>—</u>
<u>175) 500,0mg</u>	<u>21:00h</u>	<u>—</u>
<u>176) 500,0mg</u>	<u>22:00h</u>	<u>—</u>
<u>177) 500,0mg</u>	<u>23:00h</u>	<u>—</u>
<u>178) 500,0mg</u>	<u>00:00h</u>	<u>—</u>
<u>179) 500,0mg</u>	<u>01:00h</u>	<u>—</u>
<u>180) 500,0mg</u>	<u>02:00h</u>	<u>—</u>
<u>181) 500,0mg</u>	<u>03:00h</u>	<u>—</u>
<u>182) 500,0mg</u>	<u>04:00h</u>	<u>—</u>
<u>183) 500,0mg</u>	<u>05:00h</u>	<u>—</u>
<u>184) 500,0mg</u>	<u>06:00h</u>	<u>—</u>
<u>185) 500,0mg</u>	<u>07:00h</u>	<u>—</u>
<u>186) 500,0mg</u>	<u>08:00h</u>	<u>—</u>
<u>187) 500,0mg</u>	<u>09:00h</u>	<u>—</u>
<u>188) 500,0mg</u>	<u>10:00h</u>	<u>—</u>
<u>189) 500,0mg</u>	<u>11:00h</u>	<u>—</u>
<u>190) 500,0mg</u>	<u>12:00h</u>	<u>—</u>
<u>191) 500,0mg</u>	<u>13:00h</u>	<u>—</u>
<u>192) 500,0mg</u>	<u>14:00h</u>	<u>—</u>
<u>193) 500,0mg</u>	<u>15:00h</u>	<u>—</u>
<u>194) 500,0mg</u>	<u>16:00h</u>	<u>—</u>
<u>195) 500,0mg</u>	<u>17:00h</u>	<u>—</u>
<u>196) 500,0mg</u>	<u>18:00h</u>	<u>—</u>
<u>197) 500,0mg</u>	<u>19:00h</u>	<u>—</u>
<u>198) 500,0mg</u>	<u>20:00h</u>	<u>—</u>
<u>199) 500,0mg</u>	<u>21:00h</u>	<u>—</u>
<u>200) 500,0mg</u>	<u>22:00h</u>	<u>—</u>
<u>201) 500,0mg</u>	<u>23:00h</u>	<u>—</u>
<u>202) 500,0mg</u>	<u>00:00h</u>	<u>—</u>
<u>203) 500,0mg</u>	<u>01:00h</u>	<u>—</u>
<u>204) 500,0mg</u>	<u>02:00h</u>	<u>—</u>
<u>205) 500,0mg</u>	<u>03:00h</u>	<u>—</u>
<u>206) 500,0mg</u>	<u>04:00h</u>	<u>—</u>
<u>207) 500,0mg</u>	<u>05:00h</u>	<u>—</u>
<u>208) 500,0mg</u>	<u>06:00h</u>	<u>—</u>
<u>209) 500,0mg</u>	<u>07:00h</u>	<u>—</u>
<u>210) 500,0mg</u>	<u>08:00h</u>	<u>—</u>
<u>211) 500,0mg</u>	<u>09:00h</u>	<u>—</u>
<u>212) 500,0mg</u>	<u>10:00h</u>	<u>—</u>
<u>213) 500,0mg</u>	<u>11:00h</u>	<u>—</u>
<u>214) 500,0mg</u>	<u>12:00h</u>	<u>—</u>
<u>215) 500,0mg</u>	<u>13:00h</u>	<u>—</u>
<u>216) 500,0mg</u>	<u>14:00h</u>	<u>—</u>
<u>217) 500,0mg</u>	<u>15:00h</u>	<u>—</u>
<u>218) 500,0mg</u>	<u>16:00h</u>	<u>—</u>
<u>219) 500,0mg</u>	<u>17:00h</u>	<u>—</u>
<u>220) 500,0mg</u>	<u>18:00h</u>	<u>—</u>
<u>221) 500,0mg</u>	<u>19:00h</u>	<u>—</u>
<u>222) 500,0mg</u>	<u>20:00h</u>	<u>—</u>
<u>223) 500,0mg</u>	<u>21:00h</u>	<u>—</u>
<u>224) 500,0mg</u>	<u>22:00h</u>	<u>—</u>
<u>225) 500,0mg</u>	<u>23:00h</u>	<u>—</u>
<u>226) 500,0mg</u>	<u>00:00h</u>	<u>—</u>
<u>227) 500,0mg</u>	<u>01:00h</u>	<u>—</u>
<u>228) 500,0mg</u>	<u>02:00h</u>	<u>—</u>
<u>229) 500,0mg</u>	<u>03:00h</u>	<u>—</u>
<u>230) 500,0mg</u>	<u>04:00h</u>	<u>—</u>
<u>231) 500,0mg</u>	<u>05:00h</u>	<u>—</u>
<u>232) 500,0mg</u>	<u>06:00h</u>	<u>—</u>
<u>233) 500,0mg</u>	<u>07:00h</u>	<u>—</u>
<u>234) 500,0mg</u>	<u>08:00h</u>	<u>—</u>
<u>235) 500,0mg</u>	<u>09:00h</u>	<u>—</u>
<u>236) 500,0mg</u>	<u>10:00h</u>	<u>—</u>
<u>237) 500,0mg</u>	<u>11:00h</u>	<u>—</u>
<u>238) 500,0mg</u>	<u>12:00h</u>	<u>—</u>
<u>239) 500,0mg</u>	<u>13:00h</u>	<u>—</u>
<u>240) 500,0mg</u>	<u>14:00h</u>	<u>—</u>
<u>241) 500,0mg</u>	<u>15:00h</u>	<u>—</u>
<u>242) 500,0mg</u>	<u>16:00h</u>	<u>—</u>
<u>243) 500,0mg</u>	<u>17:00h</</u>	



Número: SM023943 Data Exame: 30/01/2019
Nome: Maria dos Santos Silva Paiva
Médico:

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

RELATÓRIO

O estudo radiológico do joelho, realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Diminutos artefatos radiodensos em partes moles na região infrapatelar e lateral ao côndilo femoral lateral.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Diminutos artefatos radiodensos em partes moles na região infrapatelar e lateral ao côndilo femoral lateral.



Catarina Borges Alves
Catarina Borges Santana Alves
CRM 4387

Rua Coronel Silvestre Lopes, 1005
Esperantina - PI
CEP 64180-000
Tel.: (86) 3383-2501 998126-9627 99843-0956
E-mail: diagnosesantamaria@gmail.com
www.facebook.com/jscarvalho.carvalho



MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

49A.4M.F.SM023943

SL1

Ver pos: AP

Desc. do estudo: MEMBROS INFERIORES

Desc. da série: JOELHO

ID da placa: B2UOMT0959

<1-1>

Clinica Santa

[30/01/2019 09:54

Agfa CR

Ma

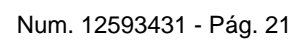
A
B



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 19/10/2020 10:31:05

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101910310520100000011912583>

Número do documento: 20101910310520100000011912583



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS

DOC IDENTIDADE / OUT. EMBOCADOR
2974322 889 PE

CPF
028.107.823-50

DATA NASCIMENTO
10/07/1988

Função
FRANCISCO DAS CHAGAS
DOS SANTOS
FRANCISCA DAS CHAGAS
SILVA

PERMISSÃO
B

ACE
A1

OUT. HABIL.
A1

P. PROTESTO
04832511836

VALIDADE
13/01/2020

P. PROTESTO
28/05/2018

Observações

Francisco Domingos Silva Santos

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSÃO
14/01/2015

ASSINADO POR
72089480305
PI315085509

DETRAN-PI (PJAD)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1012732380

PROTESTO PLACATIFICADO
1012732380

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
07 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
TERESINA-PI



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI N° 9993045670
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 396932088 RNTRO 2012 EXERCÍCIO 2012

NOME JOSE EDIMILSON CARVALHO PIRES FI
LDO

GT (CNPJ) 53677498368 PLACA OCL-6988

PLACA ANT./UF OCL-6988 CHASSI 9C2JC411DCR430828

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MENEFUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP/POT/CIL 02P/0124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º 1ª VENC. COTA UNICA 2º 2ª VENC. COTA UNICA 3º 3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 000.29 PREMIO TOTAL (R\$) 000.29 DATA DE PAGAMENTO 21/08/2012

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESTRIÇÃO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL ESPERANTINA DATA 21/08/2012

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE / DO POR SUAS CARGAS A PESSOAS E TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI N° 9993045670 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2012

GT (CNPJ) 53677498368 PLACA OCL-6988

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI N° 9993045670 EXERCÍCIO 2012 DATA EMISSÃO 21/08/2012

VIA 1 GT (CNPJ) 53677498368 PLACA OCL-6988

RENAVAM 396932088 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2011 CHASSI 9C2JC411DCR430828

PRÊMIO TARIFARIO

02P/0124CC 015/0124CC 0050/05450000

CUSTO DIA BILHETE (R\$) 000.29

PAGAMENTO GOTA UNICA PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04

MAI-2012

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI N° 9993045670
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 396932088 RNTRO 2012 EXERCÍCIO 2012

NOME JOSE EDIMILSON CARVALHO PIRES FI
LDO

GT (CNPJ) 53677498368 PLACA OCL-6988

PLACA ANT./UF OCL-6988 CHASSI 9C2JC411DCR430828

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MENEFUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP/POT/CIL 02P/0124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º 1ª VENC. COTA UNICA 2º 2ª VENC. COTA UNICA 3º 3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 000.29 PREMIO TOTAL (R\$) 000.29 DATA DE PAGAMENTO 21/08/2012

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESTRIÇÃO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL ESPERANTINA DATA 21/08/2012

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 DEZ 2018

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180578033 **Cidade:** Morro do Chapéu do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA **Data do acidente:** 02/11/2016 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

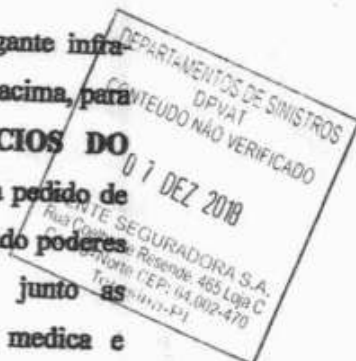


PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: SOLTEIRA	Profissão: LAVRADORA
Identidade nº 1.821.077	CPF nº 924.914.643-49	
Endereço: RUA JOÃO COSTA 100, CENTRO, MORRO DO CHAPEU DO PIAUÍ		
CEP: 64.178.000	Telefone: (86) 994999528	

OUTORGADO: FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS, brasileiro, solteiro, estudante, portador do CPF: nº 028.107.623-50 e RG: nº 2.974.322, mail advfranciscosantos10@gmail.com, telefone (86) 999555364, residente e domiciliado à quadra 15 casa 07, Dirceu II, CEP: 64077-040, Teresina-PI.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração o outorgante infra assinado nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado qualificado acima, para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** para a vitima

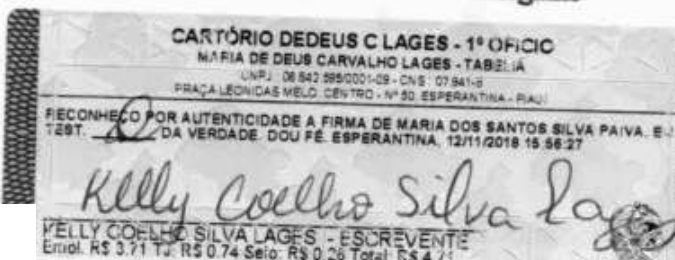


ESPERANTINA, 12 NOVEMBRO 2018

Local/data



Maria dos Santos Silva Paiva
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0444162/18

Vítima: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

CPF: 924.914.643-49

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 02/11/2016

Titular do CPF: MARIA DOS SANTOS
SILVA PAIVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS : 028.107.623-50

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

MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA : 924.914.643-49

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.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/12/2018
Nome: FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS
CPF: 028.107.623-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/12/2018
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS

Paula Vargens Mendes da Costa

