

Zimbra: Ent... x Email - Alan... x Consulta pr... x 0000002-40... x Controle de... x Sistema... x Sistema... x Sistema CN... x (31) Whats... x + 83

← → ↻ 🏠 ⚠ Não seguro | projudi.tpijus.br/projudi/movimentacao/RequererHabilitacao?numeroProcesso=105067820198180006 🔍 ☆ ⚙ ⚙ ⚙ ⚙ ⚙

Apps 📁 Processo Virtual Na... 📁 Administrativos 📁 Portal do Advogado 📁 Google 📁 Nova guia 📁 Meu INSS 📁 [bb.com.br] 📁 Zimbra: Movimenta... 📁 P/E 1º 📁 Publicações

PROJUDI
Processo Judicial Digital

Sua sessão expira em: 29 Minutos 7 Segundos

Página Inicial | Ações de 1º Grau | Ações de 2º Grau | Intimações | Audiências | Sessões 2º Grau | Buscas para Peticionar | Estatísticas | Outros | **Sair do Sistema**

Número do Processo	0010506-78.2019.818.0006 (504 dias em tramitação)		
Processo Principal	O Próprio		
Proc. Dependentes			
Assunto:	DIREITO CIVIL		
Complementares:			
Classe:	Petição « Altos e expedientes » Outros Procedimentos « PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO		
Julgo:	JECG de Altos	Objeto da Ação	OBJETO NÃO CADASTRADO
Fase Processual	CONHECIMENTO	Segredo de Justiça:	NÃO
Prioridade	NORMAL	Último Evento:	Juntada de Petição de Requirição de Habilitação
Situação		Prazos para certificar na vara	0 intimações
Petições Aguardando Análise	1 Juntadas		0 cumprimentos do cartório
Valor da Causa	R\$ 13.500,00		
Cartório Extrajudicial:			

DADOS DO PROCESSO

Processo nº 0010506-78.2019.818.0006 (504 dias em tramitação)

Proc. Principal	O Próprio	Proc. Dependentes	Recursos Originários/Ações Autônomas
Julgo:	JECG de Altos Juiz: CARMEN MARIA PAIVA FERRAZ SOARES		
Assunto:	DIREITO CIVIL		
Complementares:			
Classe:	Petição « Altos e expedientes » Outros Procedimentos « PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO		
Segredo de Justiça	NÃO	Objeto	OBJETO NÃO CADASTRADO
Fase Processual	CONHECIMENTO	Data de Distribuição	18 de Março de 2019 às 10:00:35
Situação		Último Evento	Juntada de Petição de Requirição de Habilitação
Valor da Causa:	R\$ 13.500,00	Prioridade	
Cartório Extrajudicial:		Prazos Para certificar em Vara	0 intimações
Petições PJ Analisar:	1 Juntada(s)		0 cumprimentos do cartório

INEXISTENTE

Destacar movimentações realizadas por:

☐ Magistrados ☐ Secretaria ☐ Advogados ☐ Ministério Público ☐ Cartórios Extrajudiciais ☐ Turma Recursal ☐ Outros

Navegar pelo Processo

Nº	Eventos do Processo	Data	Perfil	Movimentado por	Arquivos/Observação
17	Juntada de Petição de Requirição de Habilitação	12/11/2020 09:34	Advogado	HERISON HELDER PORTELA PINTO	
Arquivos:	Contestação	Ass.: EDNAN SOARES COUTINHO	2783842_CONTESTACAO_01.pdf		
	Contestação	Ass.: EDNAN SOARES COUTINHO	2783842_CONTESTACAO_Ameio_02.pdf		
	Contestação	Ass.: EDNAN SOARES COUTINHO	Anexo_03_tudo_isto_procurador_-_compressed-web.pdf		
	Contestação	Ass.: EDNAN SOARES COUTINHO	CARTA DE PREPOSTOS-.pdf		

PT 09:35 12/11/2020

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CARLENE ROSA PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180502242**

Vítima: **CARLENE ROSA PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **28/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **KLEBER MENDES PESSOA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180502242**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13521203



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Carta nº: 13533236

A/C: CARLENE ROSA PEREIRA DA SILVA

Sinistro: 3180502242 ASL-0389095/18
Vitima: CARLENE ROSA PEREIRA DA SILVA
Data Acidente: 28/12/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: KLEBER MENDES PESSOA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM COBERTURA TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **24/10/2018** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **28/12/2017** e, de acordo com a análise realizada, esclarecemos que o dano reclamado não é decorrente de evento sujeito à cobertura técnica pelo Seguro DPVAT.

Diante do exposto, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato com a GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado, ou conosco por meio do 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 precisa assinar no campo 2 "Assinatura do Representante Legal".

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

914.237.593-20

Carlene Rosa Pereira de Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Carlene Rosa Pereira de Silva	CPF titular da conta 914.237.593-20	Profissão Do lar
Endereço Rua Cristiano Lopes, 268, B. Sta Cruz	Número 268	Complemento
Bairro Santa Cruz	Cidade BENEDITINOS	Estado PI
Email advogado.kmendes@hotmail.com	CEP 64380-000	Telefone (DDD) 86-99400-6043

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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input 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. 05790 D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO <input type="text"/>	
CONTA NRO. 06587-0 D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (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.

Beneditinos, 09 de Julho de 2018
Local e Data

Carlene Rosa Pereira de Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Advogado K Mendes

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Correspondente do Banco Bradesco

«Proposta de Pre-abertura de Conta»

Ag. Relac.: 05790 - ALTOS
PACB: 070 - MERCADINHO BORGES

Agencia: 05790-ALTOS
Conta: 0000000006582-0
Nome: CARLENE ROSA PEREIRA DA
SILVA

Data: 06/06/2018

Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Física
Tipo Conta: Conta Corrente

Adeção ao Programa de Benefícios: S

NSU BANCO: 029319260864
HORA: 09:46:14

Sujeito a Confirmação do Banco

OUTDORTA BRADESCO
0800 727 9933





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE BENEDITINOS-PI



CERTIDÃO

481445
~~459507~~

DADOS DO REGISTRO

Policial Plantonista:	Delegacia de Beneditinos
Ocorrência nº 62/2018 – Livro 01/2018	Data do Registro: 07/06/2018
Natureza: lesão corporal acidental	Hora do Registro: 14:34 h

NOTICIANTE

Nome: **CARLENE ROSA PEREIRA DA SILVA**
Nacionalidade: **BRASILEIRA**
Estado Civil: **SOLTEIRA** - Natural: **BENEDITINOS -PI**
Profissão: **LAVRADORA** - CPF **914237593-20**
Nascido: **30/12/1979** - RG. **2118988 SSP-PI**
Filiação: **MARIA ARGENTINA DA SILVA**
Residente na RUA CRISTINO LOPES, 268, STA CRUZ, BENEDITINOS/PI

HISTORICO

O NOTICIANTE compareceu a esta Delegacia, disse que: no dia 28/12/2017 estava na Fazenda Retiro, quando foi descer de uma caçamba e nesta descida a porta fechou de uma vez e esmagou a mão direita da noticiante, que foi socorrida pelo motorista LUANDERSON até o hospital desta cidade. Que depois disso perdeu parte da funcionalidade de sua mão. Que o caminhão é um VW/24.280 CRM 6x2, ANO 2014/14, PLACA PIF-4068, COR BRANCA, CHASSI 953658247ER437843. Diante pede providência Agente de Polícia que registrei e digitei.

Noticiante/vítima: Carlene Rosa Pereira da Silva.

Thiago Santana Lima
Agente de Polícia Civil
Delegacia de Beneditinos-PI
Classificação Especial
Mat. 000052-2

Thiago Santana Lima
Agente de Polícia Civil



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Carlene Rosa Pereira da Silva</i>	CPF da Vítima <i>914.237.593-30</i>	Data do Acidente <i>28/13/17</i>
---	--	-------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal <i>Deber Mendes Lima</i>	CPF do Representante legal <i>447093833-91</i>
E-mail <i>advogadadeb@outlook.com</i>	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Buenópolis, 04 de Julho de 18
Local e Data

Carlene Rosa Pereira da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Deber Mendes Lima
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BENEDITINOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

☐ DM: GC: *Sufusa*
☐ HAS: PA:
☐ Alérgico? *nao*
TAX:

Nome: *Carlene Rosa Pereira da Silva* Identidade: *30/12/*
Idade: *37 anos* Sexo: ☐ M ☒ F Nº cartão do SUS:
Endereço: *Ritiro*
Nome da mãe: *Maria Agostina da Silva*
Data: *28/12/2017* Encaminhado a: _____

Funcionário

Queixa Principal

Sinais e Sintomas: *Paciente vem relatando com história de trauma com 'acoplamento de fundo de uma espinha', e dores de*

Exame Físico: *função motor - dor - em 4 e 5: guisa de tábua, sem*

Diagnóstico Provável: *perda de flexão e extensão*

Medicação Prescrita:

Exames Complementares Solicitados:

Volta ☐ Alta ☐

Dr. João Victor T. F. de Almeida
CRM-PI 6380

Encaminhado a

Assinatura do Médico (Carimbo e nome no RNM)

BENEDITINOS CARTÓRIO 1º OFÍCIO DE NOTAS

TITULAR: Maria Cláudia Soares da Silva
Av. Presidente Vargas, 484, Centro, CEP: 64380-000 - Beneditinos-PI
Fone: (86) 3269-1121 - e-mail: cartorio@beneditinos@hotmail.com

CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS. EM BENEDITINOS-PI, 06/04/2018.

MARIA CLÁUDIA SOARES DA SILVA TABELA
Selo: 184.61234 (F4074)

CARTÓRIO ANTONIO
1º OFÍCIO DE NOTAS
Maria Cláudia Soares da Silva
Tabela: Tabela
Beneditinos - Piauí - Centro



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.940.740/0001-99 | Insc. Estadual 19.301.263-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Regime especial de prestação autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 009398337

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	14/08/2018	130	86,51

CARLENE ROSA PEREIRA DA SILVA
R. CRISTINO LOPES 268 SANTA CRUZ
CPF: 00091423759320
CEP: 64.380-000 - BENEDITINOS

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 515	07/08/2018
Anterior: 385	05/07/2018
Constante de Multiplicação: 1,000	06/09/2018
Consumo Medido: 130	06/08/2018
Consumo Potencial: 130	07/08/2018
NORMAL	33

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Rut.	Medida 12 meses
RESID. B.X. RENDA	MONO	A2031340		1.4.1.1	77

HISTÓRICO (KWH)	DESCRIÇÃO DA CONTA	Valor
JUL/18 110	CONSUMO 30 A R\$ 0,285702 =	8,57
JUN/18 109	70 A R\$ 0,489789 =	34,28
MAI/18 87	30 A R\$ 0,734676 =	22,04
ABR/18 77	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,07
MAR/18 2	DIFERENÇA DE TARIFA	43,17
FEV/18 0	SUPVENCAO BAIXA RENDA	31,38
JAN/18 0	CONCECAO MONETARIA IG 06/18-00	0,88
DEZ/17 0	MULTA POR ATRASO 06/18-00	1,13
NOV/17 0	JUROS DE MORA DE IMPO 06/18-00	0,75
OUT/17 0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,90	
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 30 - 0,285702		
31 A 70 - 0,489789		
71 A 109 - 0,734676		
110 A 130 - 0,533850		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 OUT 2018

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

MENSAGENS IMPORTANTES - PRAZO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/03/2010. O não pagamento por 30 dias consecutivos também é incluído no não pagamento de energia. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar esta mensagem.
07/2018	67,03	

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

RESERVADO AO FISCO 2D5E.D3CD.98BA.A5C4.0C9A.EF29.FF4A.FDA6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 22,42	Base de Cálculo: 108,66
Energia: 42,63	Alíquota ICMS: 22,00%
Previdência: 6,70	Valor do ICMS: 23,77
Encargos: 6,79	Valor do PIS: 1,02
Tributos: 29,52	Valor do COFINS: 4,73

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01. MUDOU-SE | <input type="checkbox"/> 07. AUSENTE |
| <input type="checkbox"/> 02. ENDEREÇO INSUFICIENTE | <input type="checkbox"/> 08. NÃO PROCURADO |
| <input type="checkbox"/> 03. NÃO EXISTE Nº INDICADO | <input type="checkbox"/> 09. OBJETO DANIFICADO |
| <input type="checkbox"/> 04. FALECIDO | <input type="checkbox"/> 10. END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE |
| <input type="checkbox"/> 05. DESCONHECIDO | <input type="checkbox"/> 11. FALTA COMPLEMENTO COLETIVO/GUI |
| <input type="checkbox"/> 06. RECUSADO | <input type="checkbox"/> 12. CAIXA POSTAL CANCELADA |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: / /

RUBRICA DO RESPONSÁVEL: _____

MATRÍCULA: _____



**MUDE PARA A
CONTA ONLINE.**

VOCÊ ACESSA SUA CONTA DE ONDE ESTIVER.
SAIBA MAIS EM OI.COM.BR/MINHAOI.



CTCE FORTALEZA CE PL7
KLEBER MENDES PESSOA
RUA DAVID CALDAS SUL, 352 AP 07
CENTRO
64001-190 TERESINA PI



7213512820 07440 00000106572 30 300418



FALE COM A GENTE - GRÁTIS 103 31
INTERNET OI.COM.BR
AUXÍLIO À LISTA 102*

*Serviço sujeito a cobrança. Consulte sua operadora.

INFORMAÇÕES

A utilização do serviço de pagamento em loteria, sem a apresentação do faturamento, está sujeita a cobrança. Para mais informações ligue 103 31. Caso cliente, caso tenha contratado sua oferta de Oi Fixa ou Oi Banda Larga não mais de 12 meses, em 30 dias o seu oferta expirará e os seus descontos serão descontinuidos. Para conhecer as novas ofertas disponíveis, ligue 103 31.

PARA CONFIRMAR O CÓDIGO DE SELEÇÃO DE PRESTADORA DE LONGA DISTÂNCIA ICSPÍ DISPONÍVEL NA SUA LOCALIDADE, LIGUE PARA 102.
31 01 • 52 CTCB • 13 Fone • 15 Telefônica • 18 Vacom • 17 Travel • 16 Epsilon • 21 Enatel • 23 Intelig • 34 Primeira Sociedade • 26 SVT
35 02 • 28 Alcomayo • 29 T-Loft • 32 Convergência • 34 ETHEL • 35 Easyfone • 37 Golden Line • 36 TESA • 29 Engovox • 40 TIM • 42 07 Group
43 Sorocoma • 46 Global Crossing • 48 Netelecom • 47 01 Comnetcom • 53 DISTANA • 57 Kacou • 58 Voitel • 57 Option • 60 Hello Brazil
65 Telecom 65 • 57 ALDILA • 71 Dollarphone • 81 Sarmatel • 84 BBT • 65 America Net • 81 iCorp • 96 Amigo Telecom

ANATEL - 1331

COLOQUE SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO E GANHE BENEFÍCIOS.

Com o Débito Automático, você não corre o risco de perder a data do vencimento.
LIGUE 103 31 OU ACESSSE OI.COM.BR/MINHAOI E SAIBA MAIS.

Oferta válida apenas para a 1ª adesão ao débito automático em conta corrente.



Preencha este cupom, destaque e entregue em uma agência bancária credenciada. Você só tem a ganhar.

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

Autorizo debitar mensalmente em minha conta corrente o valor da nota fiscal / fatura, conta telefônica.

Nome _____ CPF/CNPJ _____

Banco _____ Agência _____ Conta Corrente n. _____

Assinatura _____ Data ____/____/____

SERVIÇO GRATUITO

**CÓDIGO PARA DÉBITO
AUTOMÁTICO**

110800350271

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kleber Mendes Tenor inscrito (a) no CPF/CNPJ 497092838/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carleue Rosa Pereira de Jesus inscrito (a) no CPF sob o Nº 911237593/20 do sinistro de DPVAT cobertura Indenização da Vítima Carleue Rosa Pereira de Jesus inscrito (a) no CPF sob o Nº 911237593/20 conforme determinação da Circular SUSEP 445/12

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
e apresentação de documentos comprobatórios:
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA DPVAT
Rua João de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Endereço <u>Rua David Caldas - Ed. Magno</u>		Número <u>352</u>	Complemento <u>5/07</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-190</u>
E-mail <u>Advogado KMendes@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>86-3223-9270</u>	Telefone celular (DDD) <u>86-98400-6043</u>

Teresina de 04 de Julho de 2018
Local e Data

Kleber Mendes Tenor
Assinatura do Declarante



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BENEDITINOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

☐ DM: GC: *Sufusa*
☐ HAS: PA:
☐ Alérgico: *nao*
TAX: _____

Nome: *Carlene Rosa Pereira da Silva* Identidade: _____
Idade: *37 anos* Sexo: ☐ M ☒ F Nº cartão do SUS: _____
Endereço: *Ritiro*
Nome da mãe: *Maria Agostina da Silva*
Data: *28/12/2017* Encaminhado a: _____
Funcionário: _____

Queixa Principal: _____
Sinais e Sintomas: *Paciente sem sinais com história de enxaquecas com vômitos de fundo de uma semana, e vômitos de*
Exame Físico: *pressão arterial - 120/80 - em 6 e 5º graus de estômago, sem*
Diagnóstico Provável: *perda de líquidos e eletrólitos*
Medicação Prescrita: _____
Exames Complementares Solicitados: *CD - 17 Sutura simples*
21 Sutura simples
31 Ceftriaxona + metronidazol 500mg + 500mg
Volta ☐ Alta ☐ *Dr. João Victor T. F. de Almeida*
Med. 11/11/2017

Carlene Rosa Pereira da Silva
Assinatura do Médico (Carimbo e nome no verso)

BENEDITINOS CARTÓRIO 1º OFÍCIO DE NOTAS

TITULAR: Maria Cláudia Soares da Silva
Av. Presidente Vargas, 484, Centro, CEP: 64380-000 - Beneditinos-PI
Fone: (86) 3269-1121 • e-mail: cartoriobeneditinos@hotmail.com

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXISTENTE NESTAS NOTAS, EM 06/04/2018.

MARIA CLÁUDIA SOARES DA SILVA TAVELLA
Selo: 184.61234 (F40P4)

CARTÓRIO ANTONIO
1º OFÍCIO DE NOTAS
Maria Cláudia Soares da Silva
Tribuna Pública
Beneditinos - Piauí - Centro



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



SMSB
Prefeitura Municipal de Beneditinos - Piauí
Secretaria Municipal de Saúde de Beneditinos
CNPJ: 02.701.953/0001-02
Avenida Presidente Vargas, 254 - Centro
E-mail: saudebeneditinos@uol.com.br
Telefone: (86) 3269-1151 / CEP: 64.380-000
Beneditinos - PI

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BENEDITINOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

FICHA AMBULATORIO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

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

DATA	RECONSULTA	ATENDIMENTO	EXAMES	VISITAS
25/01/18	PA = 110 x 80 mmHg	Paciente vem com queixa de dedos imóveis após trauma no dia 28 de dezembro de 2017. Lesão causada pelo queda do tempo do trabalho. Foi atendido no hospital onde recebeu antitrombótica e analgésicos; além da sutura, não a realização de exames de imagem. Mão inchada, cicatrizações adequadas. Os membros gerais.		
		US mão direita		
19/02/18	Paciente retorna com exame: 27/01/18	Finais de tenossinovite aguda dos tendões flexores do IV e V dedo. Paciente ainda com incapacidade de movimentar dedos.		
		CP: enc p/ ortopedia e fisioterapia dou laudo médico CID-10: M659.		
05/04/18	PA = 120 x 80 mmHg	Paciente vem para monitorar exames ginecológicos. USTV (18/03/18): exame dentro dos padrões da normalidade. Ausência de líquido livre na cavidade pélvica. US mamas (18/03/18): classificação BI-RADS Categoria 1. Citologia (11/12/17): negativo para neoplasia. Inflamato-		

DR. [Assinatura]



PREFEITURA MUNICIPAL DE BENEDITINOS PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Carlene Rosa Pereira da Silva

RECEITUÁRIO

Paciente, 38 anos deu entrada neste setor no dia 07.09.18 às 15:00 horas para solicitar a história do seu quadro clínico. Paciente sofreu acidente na fazenda rural na zona rural de Beneditinos - PI, com a cabeça ferida com uma machete e traumatizou sua mão direita, formando uma ferida corte-contusão, sem fraturas. Ao ser dado entrada no hospital foi realizado procedimento simples de sutura com punção de antibiótico e pomada para cura e orientado a acompanhante para realizar para o diagnóstico.

07.09.18

Avenida Presidente Vargas, nº 284 - Centro
Beneditinos-PI - Fone: (86) 3269-1151
E-mail: saudebeneditinos@hotmail.com

2
Dr. João Vitor F. de Almeida
Médico / CRM-PI 6360

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BENEDITINOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

☐ DM: GC: *Sufusa*
☐ HAS: PA:
☐ Alérgico: *nao*
TAX: _____

Nome: *Carlene Rosa Pereira da Silva* Identidade: _____
Idade: *37 anos* Sexo: ☐ M ☒ F Nº cartão do SUS: _____
Endereço: *Ritiro*
Nome da mãe: *Maria Agostina da Silva*
Data: *28/12/2017* Encaminhado a: _____
Funcionário: _____

Queixa Principal: _____
Sinais e Sintomas: *Paciente sem sinais com história de enxaquecas com vômitos de fundo de uma semana, e vômitos de*
Exame Físico: *pressão arterial - 120/80 - em 6 e 5º graus de estômago, sem*
Diagnóstico Provável: *perda de líquidos e eletrólitos*
Medicação Prescrita: _____
Exames Complementares Solicitados: *CD - 17 Sutura simples*
21 Sutura simples
31 Ceftriaxona + metronidazol 500mg + 500mg
Volta ☐ Alta ☐ *Dr. João Victor T. F. de Almeida*
Med. 11/11/2017

Carlene Rosa Pereira da Silva
Assinatura do Médico (Carimbo e nome no verso)

BENEDITINOS CARTÓRIO 1º OFÍCIO DE NOTAS

TITULAR: Maria Cláudia Soares da Silva
Av. Presidente Vargas, 484, Centro, CEP: 64380-000 - Beneditinos-PI
Fone: (86) 3269-1121 • e-mail: cartoriobeneditinos@hotmail.com

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXISTENTE NESTAS NOTAS, EM 06/04/2018.

MARIA CLÁUDIA SOARES DA SILVA TAVELLA
Selo: 184.61234 (F40P4)

CARTÓRIO ANTONIO
1º OFÍCIO DE NOTAS
Maria Cláudia Soares da Silva
Tribuna Pública
Beneditinos - Piauí - Centro



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



SMSB
Prefeitura Municipal de Beneditinos - Piauí
Secretaria Municipal de Saúde de Beneditinos
CNPJ: 02.701.953/0001-02
Avenida Presidente Vargas, 254 - Centro
E-mail: saudebeneditinos@uol.com.br
Telefone: (86) 3255-1151 / CEP: 64.380-000
Beneditinos - PI

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BENEDITINOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

FICHA AMBULATORIO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

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

DATA	RECONSULTA	ATENDIMENTO	EXAMES	VISITAS
25/01/18	PA = 110 x 80 mmHg	Paciente vem com queixa de dedos imóveis após trauma no dia 28 de dezembro de 2017. Lesão causada pelo queda do tempo do trabalho. Foi atendido no hospital onde recebeu antitrombótica e analgésicos; além da sutura, não a realização de exames de imagem. Mão inchada, cicatrização adequada. Os movimentos gerais. US mão direita		
19/02/18	Paciente retorna com exame: 27/01/18	Finaliz. de Tenodesmose aguda dos tendões flexores do IV e V dedo. Paciente ainda com incapacidade de movimentar dedos. CP: enc. pl. ortopedico e fisioterapia dou laudo medico CID-10: M659.		
05/04/18	PA = 120 x 80 mmHg	Paciente vem para mostrar exames ginecológicos. USTV (18/03/18): exame dentro dos padrões da normalidade. Ausência de líquido livre na cavidade pélvica. US mamas (18/03/18): classificação BIRADS Categoria 1. Citologia (11/12/17): negativo para neoplasia. Inflamato-		



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Carlene Rosa Pereira da
1239173 Silva

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2.118.988

DATA DE
EXPEDIÇÃO

02/04/18

NOME

CARLENE ROSA PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO

MARIA ARGENTINA DA SILVA
BENTO PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE

BENEDITINOS-PI

DATA DE NASCIMENTO
30/12/1979

DOC. ORGEM

MATRICULA: CERT.NASC.

14050902551989100009200000766381

CNP

EXP BENEDITINOS-PI 29/02/12

914.237.593-20

1239173

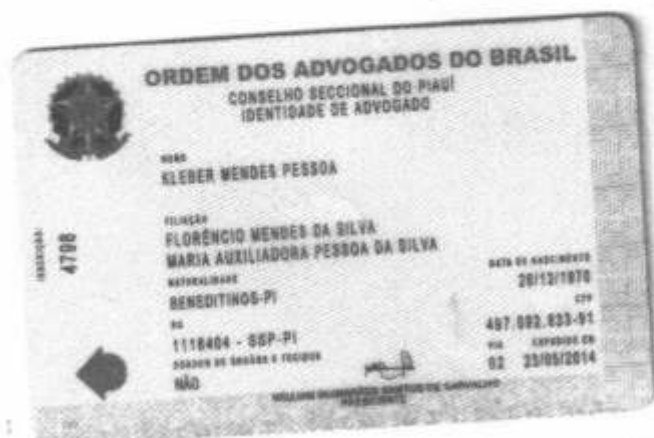
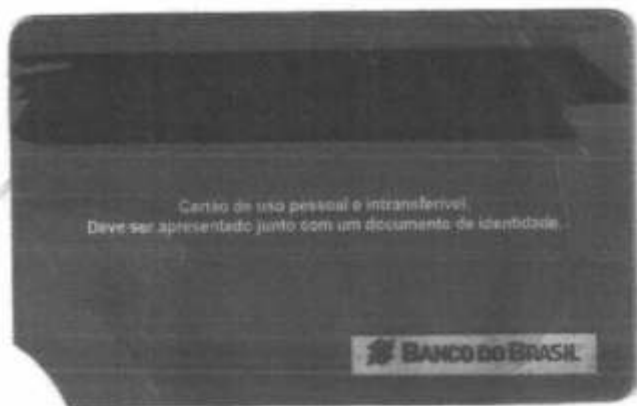
Assinatura de Francisco das Chagas Pinheiro

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

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



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012897922135
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 01024644030 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2016

NOME

V L C VENDA E LOCAÇÃO DE VEÍCULO
S LTDA

CPF / CNPJ

11111393000127

PLACA

PIF-4068

PLACA ANT / UF

CHASSI

953658247ER437843

ESPÉCIE TIPO

CAR / CAMINHÃO / BASCULAN

COMBUSTÍVEL

DIESEL

MARCA / MODELO

VW/24.280 CRM 6X2

ANO FAB.

2014

ANO MOD.

2014

CAP / POT / CIL

16,36T/275CV

CATEGORIA

ALUGUEL

COR PREDOMINANTE

BRANCA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

1ª IPVA

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2ª

PAGO

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

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

DATA
04/04/2017

TERESINA

LOCAL

MAIO MARTINS DO RIBEIRO SOBRADO
DIRETOR GERAL DE DETRAN - PI
EXPEDIENTE



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA.
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA METROPOLITANA
BENEDITINOS - PI



CERTIDÃO

Eu, **Thiago Santana Lima**, mat. nº **279939-1**
Agente de Polícia, designado a exercer as atividades de
escrivão *ad hoc*, no uso de suas atribuições legais e na
forma da Lei, **Certifico** que por me haver pedido e por ser
absoluta expressão da verdade, que **NÃO HÁ UNIDADES DO**
IML (INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL) no município de
Beneditinos-PI e nem adjacências (Prata Do Piauí, Alto
Longá, Altos, Pau D'arco). O referido é verdade e dou fé.
Era o que tinha a certificar.



Beneditinos-Pi, 07 de junho de 2018.


Thiago Santana Lima
Agente de polícia Civil
Mat: 279939-1



ROSA MARIA BRAGA - ME
CNPJ: 22.069.738/0001-48
Fone: (86) 3269-1586

INFOG2

RUA 15 DE NOVEMBRO N° 193
CENTRO, BENEDITINOS-PI

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR

COD/REF	DESCRICAO	QUANT.	UNID	VALOR UNIT.	DESC.	VALOR
238	NEBACETIN POM C/50 GR	1	UN	31,06		31,06
5433	CEFALEXINA 500 MG BL AL PLAS X 100 LME	3	UN	26,45		79,35
Total de Itens:						110,41
Total Tributos:						0,00
Total a Pagar:						110,41

Pagamento

Consumidor Não Informado



Nota: 992
Série: 1
Data: 08/09/2018
Hora: 08:36:43

Chave NFC-e:

2218 0922 0697
3800 0145 6500
1000 0009 0211
7103 5572

Produtor: 22180100721055
Consulte pela Chave de Acesso NFC

Informações Adicionais

[1] Venda: 91735[1][1]
Vendedor: 002 - LUCIANO[1][1]
Trib aprox R\$ 14,85 Federal e R\$ 0,00 Estadual[1][1]
Fonte: IBPT ca7g13[1][1]

PlusPDV, v:5.7.31 (www.pluspdv.com.br)
Impresso Em: 08/09/2018 08:36:43

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 OUT 2018

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



Mendes & Almeida

Advogados Associados

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: **CARLEANE ROSA PEREIRA DA SILVA**, brasileira, piauiense, solteira, lavradora, Portadora de RG nº 2.118.988 e CPF nº 914.237.593-20, residente e domiciliada na Rua Cristino Lopes, nº 268, Santa Cruz, Beneditinos -PI.

OUTORGADOS: **KLEBER MENDES PESSOA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 4798/PI, com escritório, endereço profissional no timbre abaixo.

PODERES: Amplos poderes para em foro geral, com a cláusula AD - JUDICIA, em qualquer Juízo, instância ou Tribunal, ou Junta de Recursos, bem como na via administrativa, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo (s) nas contrárias, seguindo umas a outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe (s), poderes especiais para confessar, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, fazer requerimento junto a repartições públicas agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, este (a) concorda com o dispositivo legal condito no art. 676 do Código Civil c/c com o art. 38 do C.P.C Pátrio.

Teresina-PI, 04 de Julho de 2018.

Carleane Rosa Pereira da Silva

CARLEANE ROSA PEREIRA DA SILVA



Rua David Caldas, 352, Sala 07, Edifício Magno, Fone: (86) 9 9903-0303. Platão: (86) 9 9400-6043 (86) 9 9491-4424 (86) 3223-9270.
Email: advogadokmendes@hotmail.com.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0389095/18

Vítima: CARLENE ROSA PEREIRA DA SILVA

CPF: 914.237.593-20

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 28/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLENE ROSA PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KLEBER MENDES PESSOA : 497.092.833-91

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

CARLENE ROSA PEREIRA DA SILVA : 914.237.593-20

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: 24/10/2018
Nome: KLEBER MENDES PESSOA
CPF: 497.092.833-91

KLEBER MENDES PESSOA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2018
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa