

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, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200190609

Vítima: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

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

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, 10 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200190609**

Vítima: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000699

Conta: 0000066634-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200190609 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO **Data do acidente:** 15/02/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 2º E 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA. P.2,6,15

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DE FALANGE DISTAL DE 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA, REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSCHNER EM 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA) E ALTA MÉDICA. P.11,12,17

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

 4 - Nome completo da vítima:
 Adriana Martins de Araujo

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

5 - Nome completo:

 7 - Profissão:
 autônoma

8 - Endereço:

Rua. Vero Fino

 11 - Bairro:
 urbano

12 - Cidade:

Teresina

15 - E-mail:

6 - CPF:

054.316.543.15

9 - Número:

2399

10 - Complemento:

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000.000

16 - Tel.(DDD):

(86) 9.8887.7169

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
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0699 013

CONTA: 66634 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT

a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado Judicialmente

 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000220/2020-53

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Responsável:** Michelly Dayanne Soares Do Nascimento

Delegado: ERIKA MOURÃO MELO DE AGUIAR

Data/Hora: 21/05/2020 - 15:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

15/02/2020 - 15:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

POTI VELHO

Endereço

RUA ISIDORO FRANÇA, Nº: 00

Complemento

Ponto de Referência

PROXIMO AO PANELEIRO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2250610 SSP PI

Mãe: MARIA MARTINS DA SILVA

Pai: DAMASIO PEREIRA DE ARAUJO

Endereço: RUA OURO FINO, Nº 2377

Complemento: SANTA ROSA

Bairro: MONTE VERDE

Cidade: TERESINA - CEP: 64000-000

Telefone(s): 86-8874-7349

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

OBJETO(S) MATERIAL(ES) ENVOLVIDO(S)

1 - OUTROS.

Cor: Vermelha

Qtd: 1

Valor: 0,00

Modelo: HONDA /BIZ 125 ES

Marca: HONDA BIZ 125 ES

Nº Série:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA RELATA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/ BIZ 125 ES DE PLACA PIP-7588 RENAVAM 01067884154, CHASSI 9C2JC4820FR602843 DO ANO DE 2015/2015 COR VERMELHA DE PROPRIEDADE DA NOTICIANTE/VITIMA , VINHA NA VIA CITADA QUANDO UM AUTOMÓVEL NAO IDENTIFICADO INVADIU A MINHA PREFERENCIAL E PROVOCOU A COLIÇÃO . FUI SOCORRIDA POR TERCEIROS E LEVADA PARA O HUT (PRONT. 5380550). DECLARAÇÃO DE MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE .

Delegacia Virtual - WEB

ADRIANA MARTINS DE ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Keiko Leal Barreto
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

 4 - Nome completo da vítima:
 Adriana Martins de Araujo

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

5 - Nome completo:

 7 - Profissão:
 autônoma

8 - Endereço:

Rua. Vero Fino

 11 - Bairro:
 urbano

12 - Cidade:

Teresina

15 - E-mail:

6 - CPF:

 9 - Número:
 2399

10 - Complemento:

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000.000

16 - Tel.(DDD):

(86) 9.8887.7169

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
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0699

CONTA: 013

66634

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT

a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado Judicialmente

 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

 Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)?

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 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
 (se houver)

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - Piauí 25.05.2020

Adriana Martins de Araujo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00699

CONTA: 00000066634-7

Nr. da Autenticação 79AE7427C69E7861



Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO
0969504-4

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A
Rua João Cabral, 730 - 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 impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: 036423107

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2020	05-05-2020	70	62,61

FRANCISCO FERREIRA DA SILVA
R. OURO FINO 2377 2377 B-URBANO
CPF: 00035405910368
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 3.001.24.03.010300

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	13976	02/04/2020
Anterior:	13906	04-03-2020
Constante de Multiplicação:	1,000	05-05-2020
Consumo Medido:	70	01-04-2020
Consumo Faturado:	70	02-04-2020
Forma de Faturamento:	NORMAL	Apresentação:
		Dias de Consumo: 29
		Código de Irregularidade:

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SFAZ 08/98

Nº da Nota Fiscal 027701995

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	162	164,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA		KWH	DATAS DA LEITURA	
Atual:	13692		Atual:	24/09/2019
Anterior:	13530		Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	162	FCAM	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	162		Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL		Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fct.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	162 A R\$ 0,912203 = 147,77
AGO/19	158	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COISIP)	12,74
JUL/19	151	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00	0,01
JUN/19	154	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00	0,16
MAI/19	140	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00	0,24
ABR/19	143	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00	0,03
MAR/19	153	MULTA POR ATRASO 08/19-00	2,89
FEV/19	204	JUROS POR ATRASO 08/19-00	0,43
JAN/19	133	JUROS POR ATRASO 08/19-00	6,47
DEZ/18	136	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	
NOV/18	160		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
8 R 162 - 0,655318

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar pelas opções de vencimento de sua fatura nas opções 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, informando sempre seu número da fatura e seu código de identificação.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77
Energia:	60,00	Aliquota ICMS:	115,26
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	22,00%
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	32,50
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	1,40%
		Valor do CORF:	1,62
		Valor do CORF:	6,49%
		Valor do CORF:	7,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DÍC			PÍC			DMIC		DÍCII	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal	
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03			
Realizado	0,00		0,00			0,00				
Conjunto	TERESINA-MACALIBA			Período de aprovação: 07/2019			R\$ 3,46			

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO

0051867-0

TOTAL A PAGAR - R\$

164,27

MÊS FATURADO

09/2019

VENCIMENTO

01/10/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM

83620000001 3 64270017000 3 00000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072

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

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 RESSEGURADO. 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kaylly Moura de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 954.376.573-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Adriana Martins de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 954.376.573-15
 do sinistro de DPVAT cobertura imóvel da Vítima Adriana Martins de Araújo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 954.376.573-15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, 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.

Endereço:	<u>Rua: 84 de Juncho</u>	Número:	<u>554</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado: <u>DF</u> CEP: <u>64.000.000</u>
E-mail:				Tel. (DDD): <u>(66) 994729541</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 25.05.2020

Kaylly Moura de Oliveira
 Assinatura do Declarante





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PI **Nº 014208598316**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 0675	COD. RENAVAM 1 01067884154	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO 2019
0176 b238 8124 4cml 9a23 3115 d562	NOME ADRIANA MARTINS DE ARAUJO		
a788 4108 8819	CPF / CNPJ 95437657315	PLACA PIP-7588	
PLACA ANT / UF -		CHASSI 9C2JC4820FR602843	
ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA /NENHUMA		COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS	
MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES		ANO FAB. 2015	ANO MOD. 2015
CAP / POT / CIL 02P/0124CC		CATEGORIA PARTICU	COR PREDOMINANTE VERMELHA
I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS 1º IPVA
	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO 3º PAGO
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGUR	IOF (R\$) PAGO	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO OBRIGATÓRIO			
OBSERVAÇÕES			
<p style="text-align: center;">A/FID. DOCUMENTADORA DE CONS NAC HON DA NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA</p>			
LOCAL PIRIPIRI		DATA 06/09/201	
<small>ADRIANA MARTINS DO REGO LOBATO DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI</small>			

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Adriana Martins de Araújo
RG: 2250650 Orgão Emissor: SSP-PI
CPF: 954.376.573-15 Nacionalidade: Brasileira
Est. Civil: Solteira Profissão: Autônoma
Endereço: Rua: Aero Fino Nº 2347
Bairro: Centro Cep: _____ Cidade/UF: Teresina-PI
Telefone: (86) 98887-7169 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Adriana Martins de Araújo
CPF: 954.376.573-15 Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura solicitada: Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina - Piauí 09/03/2020
Local e data

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

3º OFÍCIO

Cartório Themistocles Sampaio Rua Lázaro Nogueira, 121 - Centro - CEP: 64006-200 - Teresina-PI - Fone: (86)3223-6155 - E-mail: teresina@cartoriothemis.com.br		TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Titular: <u>Adriana Martins de Araújo</u> - Período:
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ADRIANA MARTINS DE Araújo. DOU FÉ. EM <u>09/03/2020</u> DA VERDADE. Teresina-PI, 09/03/2020. www.tjpi.jus.br/portalextra .		Selo: <u>AAW11336-M1KH</u>
CATIA GARDÉNIA DA SILVA SANTOS - ESCRIVENTE AUTORIZADA E-mail: 4.02 - Tj: 0,80 FNMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 5,18 - OP: 413 PROCURAÇÃO PARTICULAR		CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS CONSULTE O SELO DIGITAL
3º OFÍCIO DE NOTAS		CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Kátia Gardênia da Silva Santos Escrivente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148255/20

Vítima: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

CPF: 954.376.573-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/02/2020

Titular do CPF: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ADRIANA MARTINS DE ARAUJO : 954.376.573-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/05/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2020
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO