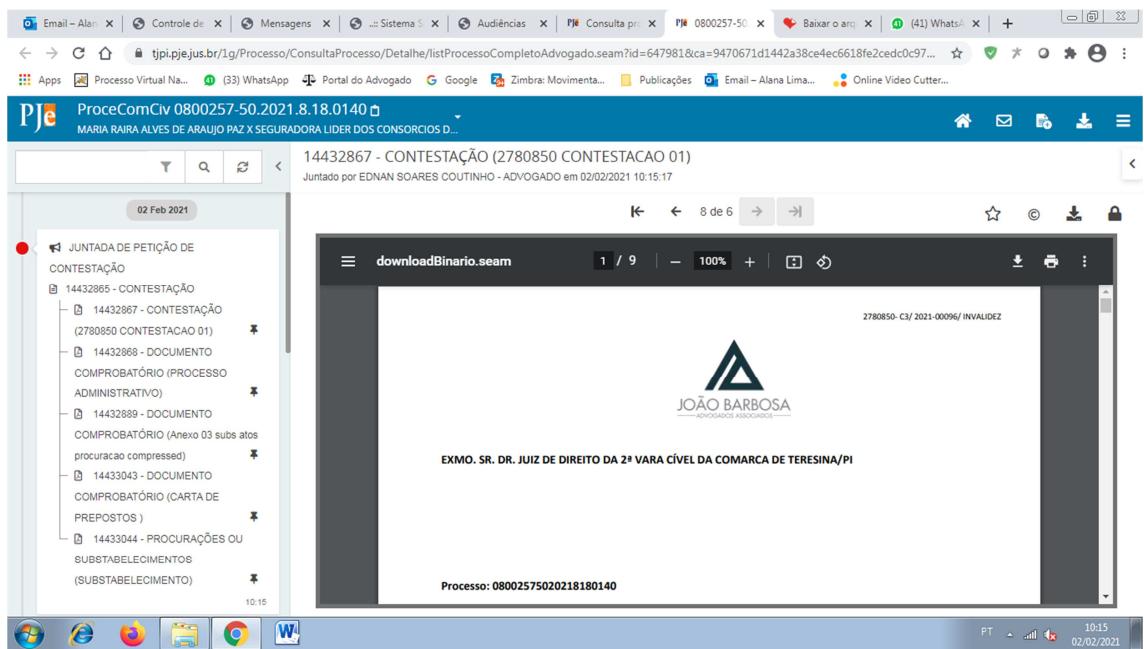


Screenshot of a web browser showing a digital document viewer interface. The main window displays a document titled "14432867 - CONTESTAÇÃO (2780850 CONTESTACAO 01)" with a date stamp "02 Feb 2021". The left sidebar lists several attachments under "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO". The right panel shows a scanned document page from "downloadBinario.seam" with the text "JOÃO BARBOSA - ADVOGADOS ASSOCIADOS" and "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". The bottom status bar shows the date "02/02/2021" and time "10:15".





Número: **0800257-50.2021.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **07/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ (AUTOR)	GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14432 868	02/02/2021 10:15	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	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, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200329566

Vítima: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

Data do Acidente: 13/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

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

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

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 16128242

Pag. 0120501206 - carta_01 - INVALIDEZ



00020603



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:15:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210151692800000013645351>
Número do documento: 21020210151692800000013645351

Num. 14432868 - Pág. 1

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200329566 **Vítima: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ**

Data do Acidente: 13/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000003506-8

Conta: 0000053809-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Pag. 00575/00576 - carta_15R - INVALIDEZ



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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

044.222.623-35

4 - Nome completo da vítima:

Maria Raia Alves de Araujo Poy

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

5 - Nome completo: *Maria Raia Alves De Araujo Poy* 6 - CPF: *044.222.623-35*
 7 - Profissão: *Autônoma* 8 - Endereço: *R. Ruy Leopoldo Lumbá* 9 - Número: *580* 10 - Complemento: *case*
 11 - Bairro: *mafrense* 12 - Cidade: *Teresina* 13 - Estado: *PI* 14 - CEP: *64005-630*
 15 - E-mail: *eduanseguros2@hotmail.com* 16 - Tel (DDD): *(86) 99534-6565*

DADOS CADASTRAIS

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):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Brasil*

AGÊNCIA: *3506*

CONTA: *53.809*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
 Assinatura
 digital da
 vítima ou
 beneficiário
 (obrigatório)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 14/09/2020
 x/Maria Raia Alves de Araujo Poy

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ira do Representante Legal (se houver)





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:15:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210151692800000013645351>
Número do documento: 21020210151692800000013645351

Num. 14432868 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001399/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/01/2020 10:59 Data/Hora Fim: 17/01/2020 11:25
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

6032 45

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 13/11/2019 21:00

Local do Fato

Município: Teresina (PI)

Bairro: Mafrense

Logradouro: RUA PROFESSOR LEOPOLDO CUNHA

Nº: 580

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 27/03/1989 Idade: 30 anos
Naturalidade:PI - Teresina Profissão: Cabeleireiro
Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: ZILPA ALVES DA CUNHA Nome do Pai: PAULO AFONSO DE ARAUJO PAZ

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 044.222.623-35

RG - Carteira de Identidade: 3016762

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: RUA PROFESSOR LEOPOLDO CUNHA

Nº: 580

Bairro: MAFRENSE

CEP: 64.005-630

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Idade:

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 053.813.373-29

Placa NIV0635

Renavam 00328586900

Número do Motor E3G9E-044662

Número do Chassi 9C6KE1520B0044669

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

Cor PRETA

UF Veículo Piauí

Município Veículo Teresina

Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 K

Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 K

Veículo Adulterado? Não

Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jose Nilton Nunes Filho
Data de Impressão: 17/01/2020 11:25
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001399/2020

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Última Atualização Denatran 07/06/2011

Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos

MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

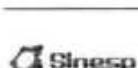
A VITIMA COMUNICA QUE QUANDO TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO ACIMA CITADO UM VEICULO DESGOVERNADO BATEU EM SUA TRASEIRA DERRUBANDO-A. SOCORRIDA POR TEÇEIROS LEVADA PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO RENASCENÇA. PRONTUARIO N:172217. ERA O B.O.

ASSINATURAS

Jose Nilton Nunes Filho
agente de polícia
Matrícula 009070x
Responsável pelo Atendimento

MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ
(Vitima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourão Melo de Aguiar
Impresso por: Jose Nilton Nunes Filho
Data de Impressão: 17/01/2020 11:25
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:15:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210151692800000013645351>
Número do documento: 21020210151692800000013645351

Num. 14432868 - Pág. 6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

044.222.623-35

4 - Nome completo da vítima:

Maria Raia Alves de Araujo Poy

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Maria Raia Alves De Araujo Poy	044.222.623-35		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Autônoma	R. Rioz Leopoldo Lumba	580	base
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Magrelos	Teresina	PI	64005-630
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): (86) 99534-6565		
eduanseguros20@hotmail.com			

DADOS CADASTRAIS

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)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 3506

8

CONTA: 53.809

4

(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as 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

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 (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34

INSCRIÇÃO
SIGNAR DA
VÍTIMA OU
BENEFICIÁRIO
ACIMA ASSINADO

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Teresina - PI 14/09/2020
x/Maria Raia Alves de Araujo Poy

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

a do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ		Frontuário: 172217
Mãe: ZILPA ALVES DA CRUZ	Pai:	
End. Resid.: RUA PROFESSOR LEOPOLDO CUNHA 580 - MAFRENSE - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 27/03/1989	Idade: 30a7m17d	Sexo: Feminino Fone: -
Responsável: O MESMO	CNS: 703403270966011	
Profissão:	Documento: Reg.Nasc:	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 450367	Entrada: 13/11/2019 21:26:36	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): OUTRAS QUEIXAS			
Condução: ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PCTE RELATA ACIDENTE DE MOTO HOJE, REFERINDO DOR EM MSE. Desconhece alergia medicamentosa.		MAYARA FELICIANO DA SILVA E SOUT COREN 277442 Em: 13/11/2019 21:33:16

SSVV: (Hora: ____:____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bmp	Pressão: mmHg
-------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	------------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

trauma em punho esquerdo
 rx : fratura de radio distal esquerdo
 cd : redução incruenta e gesso

CNPJ: 05.522.917/0035-19
 UPA - RENASCENÇA
 Rua Rio Verde, n. 2210
 Renascença III - CEP 64082-110
 Teresina - Piauí

Horário
 160220
 Confere C. m. o. Original

Diagnóstico Inicial:
 Fratura da extremidade distal do rádio

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Alta com Receita

DATA: / / HORA: : :

Dr. Tercio Dantas Moura
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM PI 3824

TERCIO DANTAS MOURA
 CRM PI 3824 Em: 13/11/2019 22:27:19

Assinatura Paciente ou Responsável

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: 25/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03506-8

CONTA: 000000053809-4

Nr. da Autenticação 4D2458F66701B9CF



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:15:17
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210151692800000013645351>
Número do documento: 21020210151692800000013645351

Num. 14432868 - Pág. 9

EDNA SOARES MARQUES
TERESA MARQUES

Base de cálculo
0051869-7
0051869-7

EDNA SOARES MARQUES
TERESA MARQUES
RUA 24 DE JANEIRO 544 - CENTRO NORTE
CEP: 64.000-235 - TERESINA
Nº 24 DE JANEIRO 544 - CENTRO NORTE
CEP: 64.000-235 - TERESINA
Página especial com orientações para ETAN/Debito

43525907

AT. Multicard/Transf. Dados - TPE/Transf. Dados
DATA: 25/08/2020 00:00:00

CONTA MÊS VENCIMENTO CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020 01/09/2020 182 161,30

NELLE ROZE SOARES MARQUES

R. 24 DE JANEIRO 544 - CENTRO NORTE

CPF: 00084017317391

CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.30.14.045400

DADOS DA LEITURA

DATAS DA LEITURA

Anterior: 23767 Atual: 25/08/2020

Anterior: 23585 Atual: 24/07/2020

Constante de Multa/Retardo: 1.000 Próxima leitura: 24/09/2020

Consumo Médio: 182 Última: 24/08/2020

Consumo Recurso: 182 Aproximada: 25/08/2020

Forma de Recurso/Reclamação: NORMAL Carga de Transporte: Data de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Sistema/Subsistema Usado Número Habil. Período Código Ref. Média 12 meses

COMERCIAL MONO A1418740 3.5.3.1 234

HISTÓRICO kWh

DETALHAMENTO DA CONTA

Médiano consumo CONSUMO 182 A R\$ 0,812463 = 147,86
JUL/20 198 CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 13,44

JUN/20 192

MAI/20 188

ABR/20 95

MAR/20 138

FEV/20 185

JAN/20 217

DEZ/19 271

NOV/19 277

OUT/19 394

TRIBUTOS SEM TRIBUTOS:

0,00 182 - 0,615350

NOTA DE CACHO DE REAVISTADA E/19 ENCOMIENSAE
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PAGAMENTO VENCIMENTO 15 18 15 20 25
Parabéns! Até o dia 24/08/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Verifique se o seu consumo de energia nas rotas 1, 10, 15, 18 e 25, entre em contato com a sua agência de distribuição.

RESERVADO AO FISCO 6DA1.7372.B817.B305.2895.C9A9.D105.B7FC

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

Disponibil.: 32,76	Base de Cálculo: 147,86	115,33
Energia: 63,30	Alíquota CMF: 22,00%	
Transmissão: 10,70	Valor da CMF: 32,52	
Encargos: 5,24	Imposto PIS: 0,51%	0,59
Tributos: 35,86	Imposto COFINS: 2,38%	2,75

INDICADORES DE CONTABILIDADE

0051869-7	0051869-7	0051869-7	0051869-7	0051869-7	0051869-7
Normal	Próximo	Anterior	Média	Último	Atual
5,31	10,62	21,25	3,22	6,47	12,95
0,00			0,00		0,00
Data: 0051869-7 00/08/2020 00:00:00					
Carga: MARQUES 0051869-7 00/08/2020 00:00:00					
Total: 161,30					

ROT: 17.001.30.14.045400

0051869-7 161,30

08/2020 01/09/2020

43525907 FCAM*

83670000001 8 61300017000 1 00000000051 3 36970820008 2



SEQ.: 00250 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 25/08/2020 T.ENTR.: 03
IFTTURA: 23767 NORMAL TOTAL: 161,30 CARGA: 014

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 Nelly Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91-03 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manoel Roque Alves de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.222.623/35, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Manoel Roque Alves de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.222.623/35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Enderço	<u>Rua 24 de Janeiro</u>	Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Selva</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>
Email		Telefone (comercial/DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>(86) 9 9534-6565</u>

Teresina, 14 de Setembro de 2020
Local e Data

Nelly Rose Soares Marques
Assinatura do Declarante

11/001/2017





UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074
 TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 05.522.917/0035-19

Imp: 13/11/2019 22:27:10
 (User: TERCIO DANTAS)
 (Estação: SALADEGESSO-PC)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA RAIRO ALVES DE ARAUJO PAZ		Prontuário: 172217
Mãe: ZILPA ALVES DA CRUZ	Pai:	
End. Resid.: RUA PROFESSOR LEOPOLDO CUNHA 580 - MAFRENSE - TERESINA - PI - CEP:	-	
Nascimento: 27/03/1989	Idade: 30a7m17d	Sexo: Feminino Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS: 703403270966011	
Profissão:	Documento: Reg.Nasc:	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 450367	Entrada: 13/11/2019 21:26:36	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): OUTRAS QUEIXAS			
Condução: ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
----------------------------------------------------------	-----------------------------	--------------

Breve História Clas. Risco: PCTE RELATA ACIDENTE DE MOTO HOJE, REFERINDO DOR EM MSE. Desconhece alergia medicamentosa.	MAYARA FELICIANO DA SILVA E SOU: COREN 277442 Em: 13/11/2019 21:33:26
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

trauma em punho esquerdo
 rx : fratura de radio distal esquerdo
 cd : redução incruenta e gesso

CNPJ: 05.522.917/0035-19
 UPA - RENASCENÇA II
 Rua Rio Verde, 2810 - 64082-110
 Renascença III - Teresina - Piauí

Manolet
 160120

Diagnóstico Inicial:
 Fratura da extremidade distal do rádio

CID:

Confere com o original

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Alta com Receita

DATA: / /

HORA: : :

Dr. Fércio Dantas
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM PI 3824

TERCIO DANTAS MOURA

CRM PI 3824 Em: 13/11/2019 22:27:19

Assinatura Paciente ou Responsável





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: UPA Renascença

Nome: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

Data do exame: 13/11/2019

Id Paciente: UR172217

Data do laudo: 26-12-2019

Raio X de Punho Esquerdo

Fratura da metafise distal do radio associado a aumento de partes moles.

Fratura do processo estilóide ulnar

- Espaços articulares preservados.


Dr. Jorio Neiva de Moura S. Cordeiro

Médico Radiologista

CRM-PI: 4146

CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP 64000-000
Teresina - PI



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:15:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210151692800000013645351>
Número do documento: 21020210151692800000013645351

Num. 14432868 - Pág. 14



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.119.262
	DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14
NOME	
NELLE ROZE SOARES MARQUES	
FILIAÇÃO	
CÍCERA MARQUES JUCUNDE	
ANTONIO SOARES JUCUNDE	
NATURALIDADE	
CRATEUS-CE	
DOC. ORIGEM	22/05/1971
CERT. NASC. 529 L 63/F 141	
EXP CRATEUS-CE 25/09/18	
TERESINA - PI	
840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:15:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210151692800000013645351>
Número do documento: 21020210151692800000013645351

Num. 14432868 - Pág. 15



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:15:17
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210151692800000013645351>
Número do documento: 21020210151692800000013645351

Num. 14432868 - Pág. 16

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200329566 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO **Data do acidente:** 13/11/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A
PAZ

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,2)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

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 DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

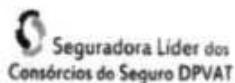
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259493/20

Vítima: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

CPF: 044.222.623-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/11/2019

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Titular do CPF: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ : 044.222.623-35

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.dpvtseguro.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: 15/09/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:15:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210151692800000013645351>
Número do documento: 21020210151692800000013645351

Num. 14432868 - Pág. 18

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200329566 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO **Data do acidente:** 13/11/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A
PAZ

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,2)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

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 DO PUNHO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: <i>Maria Raíra Alves de Araujo Paz</i>		
RG: 30 16 762	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 29/06/17
CPF: 044.222.623-35	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Autônoma
ENDEREÇO: R Prof <i>Leopoldo Lameira</i>	Nº: 580	
COMPLEMENTO: <i>case</i>	BAIRRO: <i>mafrense</i>	
CIDADE: <i>Teresina</i>	ESTADO: <i>Pi</i>	CEP: 64005-630
TELEFONE:		

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES		
RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSS/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: SOLTEIRA	PROFISSÃO: RECUSO
ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO	Nº: 544	
BAIRRO: CENTRO	CIDADE: TERESINA	UF: PI
CEP: 64000-235		

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Maria Raíra Alves de Araujo Paz

Data do acidente de trânsito: *13/11/2019*

Cobertura da vítima: *Invalidez*

LOCAL / DATA: *Teresina - PI 14/09/2020*

Maria Raíra Alves de Araujo Paz

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259493/20

Vítima: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

CPF: 044.222.623-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/11/2019

Titular do CPF: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ : 044.222.623-35

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: 15/09/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:15:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210151692800000013645351>
Número do documento: 21020210151692800000013645351

Num. 14432868 - Pág. 21