

Browser tabs: Email - Alana, Controle de, Mensagens, Sistema, Audiências, PJE Consulta pr, PJE 0800257-50, Baixar o arq, (41) Whats, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=647981&ca=9470671d1442a38ce4ec6618fe2ced0c97...

Apps: Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Portal do Advogado, Google, Zimbra: Movimenta..., Publicações, Email - Alana Lima..., Online Video Cutter...

PJE ProceComCiv 0800257-50.2021.8.18.0140 MARIA RAIIRA ALVES DE ARAUJO PAZ X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

14432867 - CONTESTAÇÃO (2780850 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 02/02/2021 10:15:17

02 Feb 2021

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 14432865 - CONTESTAÇÃO
 - 14432867 - CONTESTAÇÃO (2780850 CONTESTACAO 01)
 - 14432868 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 14432869 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 14433043 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 14433044 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

10:15

downloadBinario.seam 1 / 9 100% +

2780850- CS/ 2021-00096/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08002575020218180140

PT 10:15 02/02/2021



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
14432868	02/02/2021 10:15	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 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





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**

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, retorne 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: 044.222.623-35 3 - CPF da vítima: 044.222.623-35 4 - Nome completo da vítima: Maria Raíza Alves de Araújo Paz

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

5 - Nome completo: Maria Raíza Alves de Araújo Paz 6 - CPF: 044.222.623-35
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: R. Prof. Leopoldo Cunha 9 - Número: 580 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: napreense 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64005-630
15 - E-mail: eduanseguros@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6565

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3506 8 CONTA: 53.809 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 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 ou representante legal

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 14/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ira do Representante Legal (se houver)



Ouroca
Conta

5067 7630 5149 4989

REGISTRO

VÁLIDO
ATE **11/24**

MARIA R A A PAZ
3506-8 53.809-4

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL





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	Melo(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 (SUPOSTO 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



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. 5



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
Matricula 009070x
Responsável pelo Atendimento


MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origin, 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 Mourao 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



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: 044.222.623-35 3 - CPF da vítima: 044.222.623-35 4 - Nome completo da vítima: Maria Raia Alves de Araujo Paz

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

5 - Nome completo: Maria Raia Alves de Araujo Paz 6 - CPF: 044.222.623-35
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: R. Prof. Leopoldo Cunha 9 - Número: 580 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Mafrense 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64005-630
15 - E-mail: arianseguros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Indicação
signa da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 14/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Maria Raia Alves de Araujo Paz

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

a do Representante Legal (se houver)



**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 22:27:20

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MARIA RAIRA 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/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:trauma em punho esquerdo
rx : fratura de radio distal esquerdo
cd : redução incruenta e gessoDiagnóstico Inicial:
Fratura da extremidade distal do rádio**Exames Complementares:****Prescrição Médica:****Motivo da Alta/Encerramento:**

Alta com Receita

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA
CRM PI 3824 Em: 13/11/2019 22:27:19CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, n.º 2810
Renascença III - CEP 64.082-110
Teresina - Piauí
160120

Confere Com o Original



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



0067874-0

ENERGIA

EMISSÃO: 02/07/2020 14:16:36

41636017

CONTA MÊS: JULHO/2020 VENCIMENTO: 22/07/2020 VALOR: 59 TOTAL A PAGAR (R\$): 306,06

MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ
R. PROF LEOPOLDO CUNHA 580 580 - MAFRENSE
CPF: 00004422262335
CEP: 64.005-630 - TERESINA

ROT: 10.001.33.35.042800

DADOS DA SITUAÇÃO

Tipologia	20329	DATA DA LEITURA	15/07/2020
Localização	20270	Arquivo	15/06/2020
Consumo (kWh)	1,000	Plano de Consumo	14/08/2020
Consumo (kWh)	59	Consumo	14/07/2020
Consumo (kWh)	59	FCAN*	15/07/2020
Forma de Pagamento	NORMAL	Classe de Consumo	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Tipologia	Endereço	Número do Utilizador	Posto	Código P.C.	Mês de 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A741075		1.1.1.1	77

HISTÓRICO DE LEITURAS

Mês	Consumo (kWh)
JUN/20	95
MAI/20	67
ABR/20	76
MAR/20	75
FEV/20	61
JAN/20	67
DEZ/19	70
NOV/19	109
OUT/19	0
SET/19	0

TARIFA SEM TRIBUTOS: 0,45 - 0,51518

DISTRIBUIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	59 A R\$ 0,809101 =	47,73
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		4,35
TOTAL ENCARGOS		359,38
TOTAL DEVOLUCAO		105,40-

*ACESSE WWW.SASC.PI.GOV.BR OU LIGUE 0800 086 0800 E INFORME O CPF NIS, E CODIGO UNICO PARA SOLICITAR SEU CADASTRO NA TARIFA SOCIAL ENERGIA ELETRICA.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Até o dia 14/07/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCO 8A9B.6726.8D5E.0038.1FC8.1861.581D.0772

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)

Descrição	Valor	Base de Cálculo	Alíquota	Valor
Distribuição	10,63			
Energia	20,52			
Transmissão	3,47			
Encargos	1,69			
Tributos	11,42			
		Base de Cálculo		47,73
		Alíquota ICMS	22,00%	10,50
		Alíquota IPI	0,44%	0,16
		Alíquota COFINS	2,05%	0,76

INDICADORES DE CONFIABILIDADE

Índice	Valor	Índice	Valor
Índice de Qualidade	5,19	Índice de Qualidade	3,30
Índice de Qualidade	10,38	Índice de Qualidade	6,60
Índice de Qualidade	20,77	Índice de Qualidade	13,20
Índice de Qualidade	0,00	Índice de Qualidade	0,00



SOLUCIONAR PAV. DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. João Cabral, 730 - Centro-Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.907.830/0001-90
Endereço: Centro-Sul, 730 - Teresina-PI
Fone/Fax: (066) 3211-1111
Página 1 de 1

CONTA MÊS VENCIMENTO 01/09/2020
AGOSTO/2020 182 161,30

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO S44 - CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA
ROT: 17.001.30.14.045400

DADOS DA LEITURA
Ativo: 23767
Anterior: 23585
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo Medido: 182
Consumo Teórico: 182
Forma de Recuperação: NORMAL
Código de Ingresso: FCAM*
Data de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Tipo: MONO
Número Medidor: A1418740
Código Pdv: 3.5.3.1
Módulo 12 meses: 234

HISTÓRICO RWH

Mês	Consumo
JUL/20	198
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

TARIFA GEN. TRIBUTOS:
2 A 182 - 0,615310

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 30 15 20 25
Parabéns! Até o dia 24/08/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCO 6DA1.7372.B817.8305.2895.C9A9.D105.B7FC

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Descrição	Valor	Base de Cálculo	Alíquota	Valor
Distribuição	32,76			
Energia	63,30			
Transmissão	10,70			
Encargos	5,24			
Tributos	35,86			
Total				115,33

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	Valor
Índice de Continuidade	5,31
Índice de Qualidade	0,00
Índice de Satisfação	0,00

Canal: MARQUES Período: 06/2020 Valor: 67,98

ROT: 17.001.30.14.045400 0051869-7 161,30

08/2020 01/09/2020 43525907 FCAM*



SEQ.: 00250 UC: 0051869-7 DT. LEIT.: 25/08/2020 T. ENTR.: 03
1 Fatura: 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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nello Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Raima Alves de Araújo inscrita (a) no CPF sob o Nº 044.222.623 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Maria Raima Alves de Araújo inscrita (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 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 24 de Janeiro</u>	Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>
				CEP	<u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 14 de Setembro de 2020
Local e Data

Nello Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

**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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 13/11/2019 22:27:30

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA RAIRA 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/m2 Pulso: bmp Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:trauma em punho esquerdo
rx : fratura de radio distal esquerdo
cd : redução incruenta e gesso**Diagnóstico Inicial:**
Fratura da extremidade distal do rádio**Exames Complementares:****Prescrição Médica:****Motivo da Alta/Encerramento:**

Alta com Receita

DATA: / /

HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA
CRM PI 3824 Em: 13/11/2019 22:27:19CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP 64082-110
Teresina - Piauí160120
Confere Com o Original



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







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200329566 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA RAIRO 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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259493/20

Vítima: MARIA RAIRA ALVES DE ARAUJO PAZ

CPF: 044.222.623-35

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/11/2019

CPF de: Próprio

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 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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Paula Vargens Mendes da Costa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200329566 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA RAIRO 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: <u>Maria Raima Alves de Araújo Paz</u>			
RG: <u>30.36.762</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>29/08/17</u>	
CPF: <u>044.222.623-35</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteira</u>	PROFISSÃO: <u>Autônoma</u>	
ENDEREÇO: <u>R Prof Leopoldo Cunha</u>		Nº: <u>580</u>	
COMPLEMENTO: <u>Casa</u>		BAIRRO: <u>napense</u>	
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64005-630</u>	TELEFONE:

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

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 Raima Alves de Araújo Paz

Data do acidente de trânsito: 13/11/2019

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina - PI 14/09/2020
Maria Raima Alves de A. 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

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/11/2019

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 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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Paula Vargens Mendes da Costa

