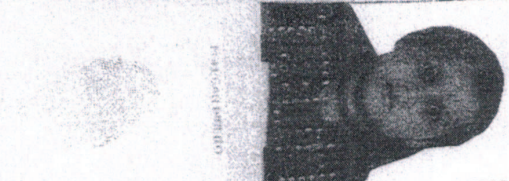
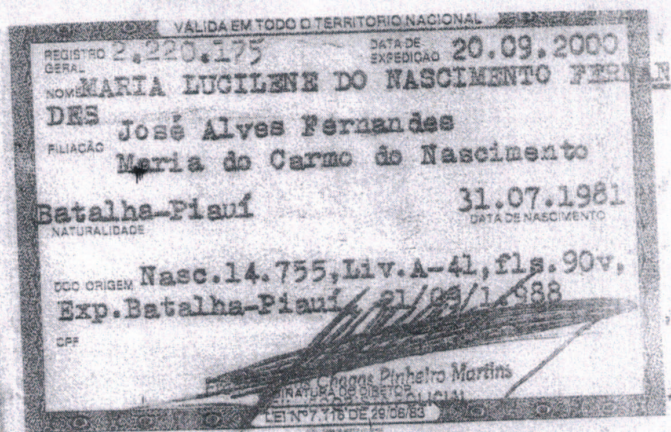


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"		REGISTRO GERAL 3.878.560	DATA DE EXPEDIÇÃO 25/03/13
		ELIZA NASCIMENTO SILVA	
ASSINATURA DO TITULAR <i>Eliza Nascimento Silva</i>		FILIAÇÃO MARIA LUCILENE DO NASCIMENTO FERNANDES ANDRÉ JOSÉ DA SILVA	DATA DE NASCIMENTO 24/10/2003
CARTEIRA DE IDENTIDADE		NATURALIDADE BATALHA-PI	DOC. ORIGEM CERT. NASC. 27058 L A51 F 170 EXP BATALHA-PI 26/11/03
CPF 071.102.623-83		ASSINATURA DO DIRETOR <i>[Assinatura]</i>	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			









AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

071-102.623-83

Nome completo da vítima

ELIZA NASCIMENTO SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
MARIA LUCILENE DO NASCIMENTO FERNANDES

CPF titular da conta
030.853.803-02

Profissão
RECURSO

Endereço
LOCALIDADE BORTADO

Número
S/N

Complemento
CASA

Bairro
ZONA RURAL

Cidade
BATALHA

Estado
PIAUÍ

CEP
64.190-000

E-mail

Telefone (DDD)
86-998491473

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

0699
(Informar dígito se existir)

52923
(Informar dígito se existir)

4

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PIRAPIRÁ-PI, 12 de JANEIRO de 2018.

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF 001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

ELIZA NASCIMENTO SILVA

CPF da Vítima

071.102.623-83

Data do Acidente

08-10-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

MARIA LUCILENE DO NASCIMENTO FERNANDES

CPF do Representante Legal

030.853.803-02

Telefone (DDD)

86.998491473

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

PERIPERI-PI 12 de SETEMBRO de 2018

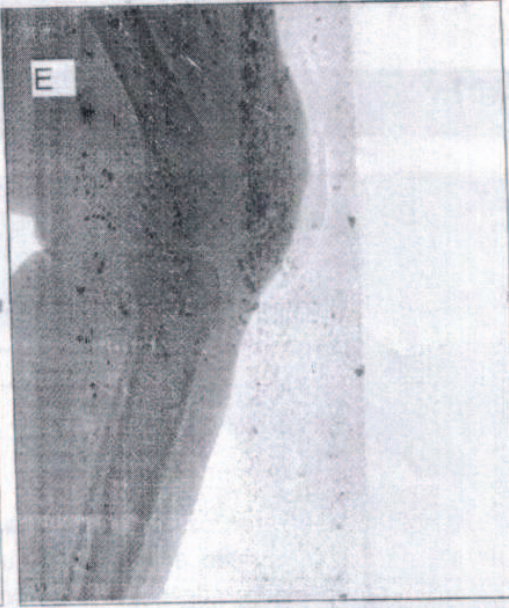
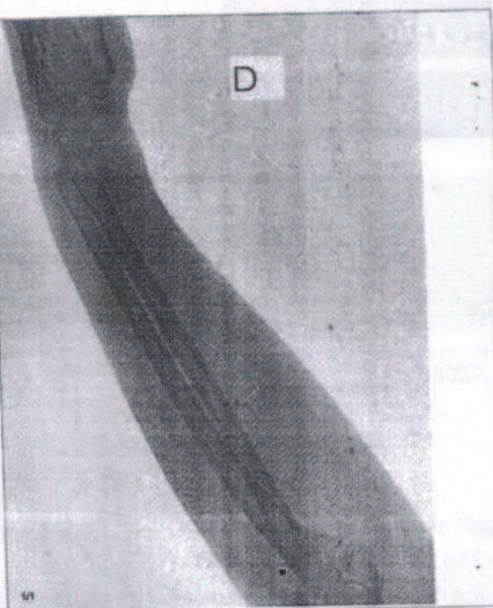
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI001 V001/2017

ELISA RASCHETTO SILVA
Data de
Exame: 27/07/16-08
ID do Paciente: PS 52718
ID de Estudo: 24332
Examinador: JOELHO E AP
Série: Descrição
1. E AP
2. E LAT



**HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES**

AV. DR. PADUA MENDES,
CENTRO, PIRIPIRI/PI - 64260-000
CNPJ: 06553564000480
(86) 3276-3352 - (86) 3276-3362

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P012257 Registro: 63024
Data: 08/10/2017 Hora: 20:53:00
Funcionario: GIZELDA Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 101**SUS****ELIZA NASCIMENTO SILVA**

24/10/2003 Idade: 13 ANOS, 11 MESES, 15 Profissão: Civil: SOLTEIRO(A) CPF: 6419
CORTADO, O - Bairro: ZONA RURAL Cidade: BATALHA/PI
SR Telefone: () Mãe: MARIA LUCILENE DO NASCIMENTO Pai:

Unidade: ENFERMAGEM Documento: 1 - HRCR
Responsável: ELIZA NASCIMENTO SILVA - O MESMO

Tempo: Fc Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

08/10/2017 20:53 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO V)

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

Queixa principal: SUTURA

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

trauma por queda de 1,20m, com
dor + inchaço (sintetizado) + hematoma
hemorrágico no pulso + dor no
pulso (P)
Fract. Pulm. + Pulm.

Procedimentos/exames realizados:

Anotação de enfermagem

intento para procedimento

Dr. Felipe Verner Ragnoncelli
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - P. 4427

Responsável: ELIZA NASCIMENTO SILVA

PROFISSIONAL



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300
PIRIPIRI/PI

GIZELDA

FELIPE

BOLETIM DE ADMISSÃO

024 - ELIZA NASCIMENTO SILVA

TEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 24/10/2003 - 13 ANOS, 11 MESES, 15 DIAS

CLINICA MEDICA Enfermaria: E3- ENFERMARIA 03 Leito: 0301 Naturalidade: BATALHA

Medico: 5930 - TIAGO DOS SANTOS SILVA
C/N: RG: 3878560 CNS: 898002973446965

Bairro: ZONA RURAL
Cidade: 2201507- BATALHA/PI CEP: 64190-000

Profissão: Mãe: MARIA LUCILENE DO NASCIMENTO FERNANDES

Responsável: ELIZA NASCIMENTO SILVA - () -- O MESMO

Historia Inicial: CIRURGICO - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Preliminar:

fract. patel. e humero

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

-48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

*fract. por queda de
humero com desloc. da
patela e humero*

Diagnóstico Provável

fract. patel. e humero

Dr. Felipe
ORTODONTIA E ORTODONTIA
PROFISSIONAL





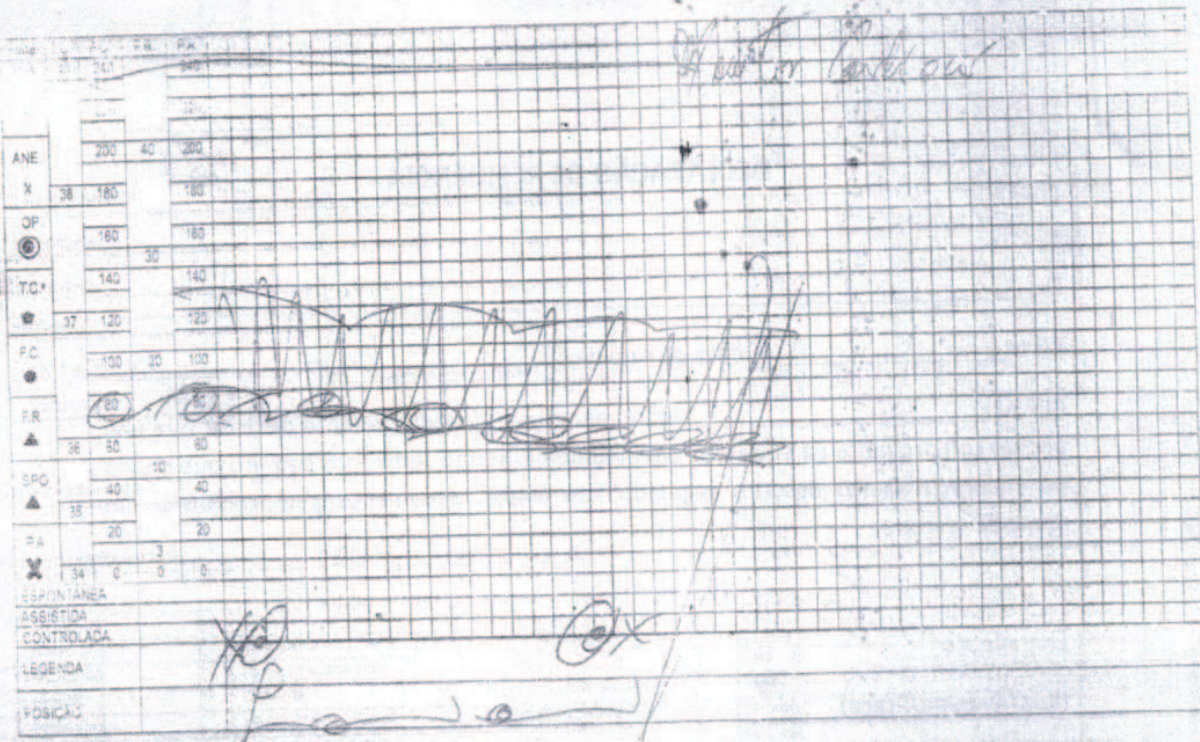
ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
RELATÓRIO DE ANESTESIA

NOME <u>Eliza Nascimento Selles</u>						
DATA <u>14/10/17</u>	ENFERMARIA				CLÍNICA	
IDADE	SEXO ☒ M ☐ F	COR	PESO (KG)	ALTURA (CM)	ASA	MALLAMPATTI
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						
TIPO DE CIRURGIA <u>patológico</u>						
MEDICAMENTOS EM USO						
TEMPERATURA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	HTM	HTC	HB	LEUCOMETRIA
GLICEMIA	UREIA / CREATININA	SÓDIO / POTÁSSIO	PLAQUETAS	TAP / TTPA / RNI	OUTROS	
ALERGIAS <u>None</u>						
COMPLICAÇÕES EM ANESTESIAS ANTERIORES						
TEMPO DE JEJUM <u>12h</u>	ESTADO FÍSICO	ECG	Rx TÓRAX	ANESTESIA PROPOSTA <u>Rapida</u>	ELETIVA ☒	URGÊNCIA ☐

ECTOSCOPIA	AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SIST. NERV. CENTRAL	OBS. COMPLEMENTARES
☒ BOM ESTADO GERAL	☒ HEMODINÂMICA ESTÁVEL	☒ EUPNEIA	☒ ACORDADO	
☐ ESTADO GERAL REGULAR	☐ HEMODINÂMICA INSTÁVEL	☐ MV FISIOLÓGICO	☐ LÚCIDO	
☐ ESTADO GERAL PRECÁRIO	☐ TAQUICARDIA	☐ TAQUIPNEIA	☐ ORIENTADO	
☐ CORADO	☐ BRADICARDIA	☐ DISPNEIA	☐ SONOLENTO	
☐ DESCORADO - PÁLIDO	☐ PRESSÃO ARTERIAL NORMAL	☐ MV DIMINUIDO	☐ DESORIENTADO	
☐ HIDRATADO	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL	☐ SIBILOS	☐ ANSIOSO	
☐ DESIDRATADO	☐ HIPOTENSÃO ARTERIAL	☐ BRONCOESPASMO	☐ AGITADO	
☐ ICTÉRICO	☐ CHOQUE	☐ RONCO / ESTERTORES	☐ COMA	
☐ ANICTERICO	☐ RITMO CARDÍACO R 2 T	☐ TOSSE	☐ ISOCORIA	
☐ CIANÓTICO	☐ ARRITMICO	☐ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	☐ ANISOCORIA	
☐ ACIANÓTICO	☐ EXTRASSISTÓLES	☐ SUDORESE	☐ DEFICIT MOTOR	

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		DOSE	HORA	EFEITO
INTERVALO ANESTÉSICO				
A G E N T E S	OXIGÊNIO L / MIN	<u>20L</u>		
	OXÍDO NITROSO L / MIN			
	HALOTANO			VOL. TOTAL:
	ISOFLURANO			VOL. TOTAL:
	SEVOFLURANO			VOL. TOTAL:
LÍQUIDOS ENDOVENOSOS				
<u>186</u>		<u>150</u>	<u>150</u>	





DROGAS - CONCENTRAÇÃO - VIA		DOSE	TÉCNICA ANESTÉSICA		MONITORIZAÇÃO		
A	Roxipina	0.1	Roxie		☐ ECG	☒ SPO2	
B	Morphina	0.1			☒ PNI	☐ CO2	☐ AGENTES
C	Propofol	0.1			INTERCORRÊNCIAS		
D					N/A		
E							
F							
G							
H			☐ T.O.T. Nº:	☐ T.N.T. Nº:	☐ M. LARÍNGEA Nº:	☐ M. FACIAL	
I			INÍCIO	FIM	DURAÇÃO		
J					TOTAL DE LÍQUIDOS:		
K			SF:	RL:	URINA	SANGUE	
L			RS:	SG:			
M			CH:	PL:			
N			ANESTESISTA		CIRURGIÃO		
O			Eucl		Adriel		
P							

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA		
HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ANOTAÇÕES

ALTA PARA ENFERMARIA OK	MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA Eucl
----------------------------	---------------------------------------



HOSPITAL DE
AV. UEL. PADUA N.º 1111 - JARDIM
64260-000, PIRIPATÁ
CNPJ: 06553564000480
TELEFONE: (86) 3276-3362

PACIENTE: ROSELI-ELISA NASCIMENTO SILVA IDADE: 14 Anos SUS
ENFERMARIA: EN03 CLINICA MEDICA LEITO: CM2302 ADMISSÃO: 08/10/2017 DIAS INTERNADO: 7

PRESCRIÇÃO MÉDICA

15/10/2017 - 07:59:04

DIETA LIVRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% SODAL SISTEMA	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	2X DIA
FECHADO			
CEFAZOLINA 1g INJ. B	1,00 FRAMF	ENDOVENOSA (EV)	06/05H
DIPLOIDA 1g AMP	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	09/06H
GENIZAMICINA EDUO/MIL 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H

SSV + CCGG
ALTA HOSPITALAR

Dr. Daniel Leão
CRM-PI 3888 - FOT 14804
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho e Coluna

PROFISSIONAL

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIO JOSE DA SILVA

RG nº 482719, data de expedição 13/09/05

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 199.708.383.34, com

domicílio na cidade de BATALHA, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LOCALIDADE CORTADO - ZONA RURAL, nº SIN,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ELISA DO NASCIMENTO SILVA, cujo o condutor era

CLEITON ALVES DA SILVA.

Veículo: HONDA POP 100

Modelo: 2015

Ano: 2015

Placa: PIM-4362

Chassi: 9C24B0210FR025523

Data do Acidente: 08-10-17

Local e Data: BATALHA-PI 12-01-2018

Mario Jose da Silva
Assinatura do Declarante

Cleiton Alves da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO LUIZ CASTRO
TRAVESSA 13 DE MAIO - 50-CENTRO
reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: MARIO JOSE DA SILVA. CONFERIDO [assinatura] Em test. de verdade. DOU SSP - BATALHA - PIAUI, 27/01/2018.
[assinatura]
CARLOS ROBERTO CASTRO MACHADO



VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO

06.735.137/0001-58
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS
Travessa 13 de Maio 50 - Centro
CEP: 64190-000
Batalha-PI



SINISTRO 0170529851 - Resultado de consulta por beneficiário

VITIMA FRANCISCO CARDOSO DE CARVALHO

COBERTURA LÍDER

BENEFICIÁRIO FRANCISCO CARDOSO DE CARVALHO

CPF/CNPJ: 021488833

Posição em 03-03-2017 14:26:4

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PI		Nº 012712582947	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VEICULO	01049116716	RATG	2017
PLACA	1907083934	CHASSI	87H-4362
ESPECIE TIPO	SEDELLA	CONSULTE	
PLACA ANTIGUA		ANO FAB.	2016
ANO MOD.	2016	VERIFICADA	
CATEGORIA	2016	VERIFICADA	
DATA ÚNICA		VENO / COTAS	
IPVA		PAGO	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO			
ADMINISTRADORA DE CUBR. NAT. HON.			
LOCAL		DATA	03/03/2017

SEGURO LÍDER - DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.segurosdpvat.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1301	
VEICULO	01049116716
PLACA	1907083934
CHASSI	87H-4362
ANO FAB.	2016
VERIFICADA	
DATA ÚNICA	
IPVA	
PAGO	
PREMIO TARIFARIO	
PREMIO TOTAL (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO	
ADMINISTRADORA DE CUBR. NAT. HON.	
LOCAL	
DATA	03/03/2017



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "GERALDO VASCONCELOS"
SERVIÇO DE MEDICINA LEGAL DE PIRIPIRI - PI



**LAUDO DE EXAME PERICIAL-LESÃO CORPORAL
(ACIDENTE DE TRÁFEGO)**

Exame procedido em: **ELIZA NASCIMENTO SILVA**, RG: 3878560 SSP – PI, brasileira, residente em na localidade Cortado, zona rural de Batalha - PI

HISTÓRICO: Pericianda informa ter sofrido acidente de trânsito (motocicleta que trafegava como passageira colidiu com outra motocicleta), tendo o evento ocorrido por volta das 20:30 h do dia 08/10/2017, tendo fratura de patela esquerda, sendo conduzida ao HRCR, onde foi submetida a tratamento médico cirúrgico. **DESCRIÇÃO:** Pericianda aló e auto psiquicamente orientada apresentando cicatriz hipertrófica em face anterior de perna e joelho esquerdos de 10cm de extensão, com limitação funcional de 60% dos movimentos de flexo-extensão e rotação de joelho esquerdo. Pericianda possui o prontuário médico que demonstra o procedimento cirúrgico realizado, bem como os dias de internação. **CONCLUSÃO:** Pericianda com seqüela de lesão contusa que a inabilitou por mais de 30 dias para suas ocupações habituais e que produziu limitação funcional de 60% dos movimentos de flexo-extensão e rotação de joelho esquerdo. **RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS:** 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? R- SIM. 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? R- Ação contundente. 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidentes de trânsito? R- SIM, conforme B.O e prontuário médico. 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? R- SIM. Pericianda com seqüela de lesão contusa que a inabilitou por mais de 30 dias para suas ocupações habituais e que produziu limitação funcional de 60% dos movimentos de flexo-extensão e rotação de joelho esquerdo. 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? R- NÃO. 6) Outros dados julgados úteis? R- NÃO. Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Piripiri- PI, 05 de Junho de 2018.

Marylane Galvão Tavares

**MARYLANE GALVÃO TAVARES
PERITO MÉDICO LEGAL
MATRÍCULA PC/PI 282554-6**

Regis Carlos de Oliveira Sousa
Médico
CRM-PI-5221



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Carta nº: 12578591

A/C: MARIA LUCILENE DO NASCIMENTO FERNANDES

Nº Sinistro: 3180059126
Vitima: ELIZA NASCIMENTO SILVA
Data do Acidente: 08/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA LUCILENE DO NASCIMENTO FERNANDES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000699

Conta: 0000052923-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00563/00564 - carta_15R - INVALIDEZ



00030282





Dra. Luisa Eudes da Silva

OAB/PI 14.406
(86) 9 9987-8041
(86) 9 8114-0956
dra.luisaendes@outlook.com

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

Maria Lucilene do Nascimento ^{Fernandes} brasileiro(a),
piauiense, casada, trab. rural, com
RG sob o número 2.220.175, CPF de nº
030.853.803-02 residente e domiciliada na
Localidade Contado

Bairro Zona rural, Cidade de Batalha, Estado do Piauí,
CEP 64190-000, sem endereço eletrônico, nomeia e constitui seus
procuradores o Dr. CAIO MARTINS PINTO, brasileiro, piauiense, solteiro, advogado
inscrito na OAB/PI com o número 13.291 e a Dra. LUISA EUDES DA SILVA,
brasileira, piauiense, solteira, advogada inscrita na OAB/PI sob o nº. 14.406, com
escritório situado na Rua Francisco Evangelista de Sousa, Número 170, Bairro Floresta,
Piripiri - PI, CEP 64.260-000, telefones (86) 9 9987-8041 e (86) 9 8114-0956, a quem
confere amplos poderes para o foro em geral, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste
mandato, com cláusula "ad-judicia ET EXTRA", conforme estabelecido no artigo 38 do
Código de Processo Civil, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes
e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os
recursos legais e acompanhando-o, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para
confessar, transigir, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação,
praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e
órgãos da administração pública direta e indireta, praticar qualquer atos perante
particulares ou empresas privadas, recorrer a qualquer instancia e tribunais, podendo
atuar em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com
ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Maria Lucilene do Nascimento Fernandes

OUTORGANTE

Scanned with CamScanner



DECLARAÇÃO DE CARÊNCIA

Maria Lucilene do Nascimento ^{Fernandes}, brasileiro(a),
piauiense, casada, trab. rural, com RG
sob o número 2.220.175, CPF de nº
030.853.803-02 residente e domiciliado(a) na
Localidade Cortado,
Bairro Zona Rural, cidade Batalha,
estado do Piauí, CEP 64190-000, DECLARA, para os fins de
obtenção de **BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA**, que é pessoa pobre na forma
da lei, não podendo arcar com despesas decorrentes de serviço judicial sem que se prive
do sustento próprio e de sua família. E por ser expressão de verdade, firma e assina a
presente declaração, sob as penas da lei.

Maria Lucilene do Nascimento Fernandes

