

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180279322 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA

Nº Sinistro: 3180279322

Vitima: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180279322**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12982702



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA
Nº Sinistro: 3180279322
Vitima: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA
Data do Acidente: 08/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180279322**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência faltando página

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA
Nº Sinistro: 3180279322
Vitima: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA
Data do Acidente: 08/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180279322**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA

Sinistro: 3180279322

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180279322** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Carta nº: 13177269

A/C: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA

Nº Sinistro: 3180279322
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA
Data do Acidente: 08/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

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: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000039437-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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



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: 27/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SI

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000039437-3

Nr. da Autenticação 5DE9B490C2DB913F

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, estar em nome de pessoa física, 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

034.905.603-02

Nome completo da vítima

Francisco de Assis Mendes de Oliveira Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisco de Assis Mendes de Oliveira Silva		CPF titular da conta 034.905.603-02	Profissão motorista
Endereço Rua dois A I		Número 12	Complemento
Bairro Dom Aurélio	Cidade Teresina	Estado Piauí	CEP 64
Email		Telefone (DDD)	

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 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome	NRO.
Caixa Econômica	
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
2004	39437
(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.

Teresina 14 de Junho de 18

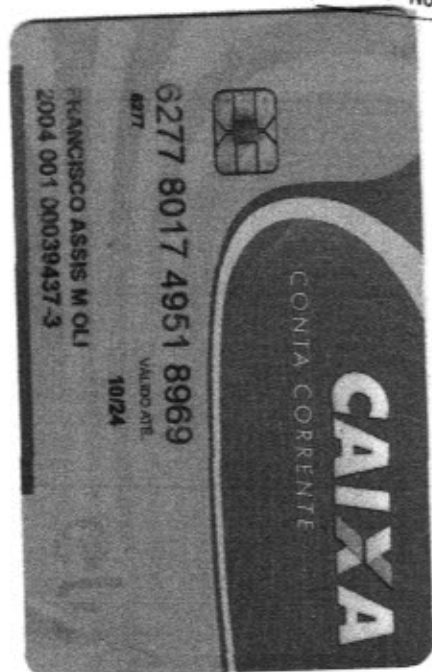
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTO DE REGISTRO
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
18 JUN. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22.000-000



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal 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: 3180 2793 22 CPF da Vítima: 034.905.603-02 Nome completo da vítima: Francisco de Assis Mendes de Oliveira Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Francisco de Assis Mendes de Oliveira Silva</u>		CPF titular da conta <u>034.905.603-02</u>	Profissão <u>Motorista</u>
Endereço <u>Rua dois A I</u>		Número <u>12</u>	Complemento
Bairro <u>Dom Avelar</u>	Cidade <u>Terresina</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64.000-000</u>
Email		Telefone (DDD) <u>(86) 99982.3093</u>	

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

☒ RECUSO 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 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA
NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA
NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

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

BANCO
Nome

Caixa Econômica

NRO

001

AGÊNCIA
NRO.

2004

D/V

001

CONTA
NRO.

39437

D/V

3

(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.

Terresina, 21 de Junho de 18
Local e Data

Francisco de Assis Mendes de Oliveira Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001325/2018-05

Unidade de Registro: DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL

Resp. pelo Registro: Hysmael Melo Do Nascimento

Data/Hora: 26/04/2018 - 16:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AVENIDA PROF HUGO BASTOS, Nº:

Complemento

PRÓXIMO AO JM CONSTRUÇÕES

Data/Hora

08/04/2018 - 19:30

Bairro

VALE QUEM TEM

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA

RG: 2814252 SSP PI

Mãe: RAIMUNDA MENDES DE OLIVEIRA

Pai: DOMINGOS BENTO DE OLIVEIRA

Endereço: RESIDENCIAL DOM AVELAR, QUADRA I, Nº 12

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9468-5886

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. CG 150

Ano: Placa:

2013 OUE5772 9C2KC1670DR465766

Chassi:

Renavam:

00525776109

Cor:

Preta

Condutor: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA

RG: 2814252 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RESIDENCIAL DOM AVELAR, QUADRA I Número: 12 Complemento:

Cidade: TERESINA UF: PI Bairro: VALE QUEM TEM

Proprietário: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA

End: RESIDENCIAL DOM AVELAR, QUADRA I Número: 12

Cidade: TERESINA UF: Bairro: VALE QUEM TEM

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA UNIDADE ESPECIALIZADA PARA COMUNICAR PARA COMUNICAR QUE NO DIA E HORÁRIO ACIMA DESCRITO, ENQUANTO TRAFEGAVA COM A SUA MOTOCICLETA HONDA 150 CG FAN ESI, DE PLACA OUE-5772 PELA AVENIDA PROF. HUGO BASTO, NAS PROXIMIDADES DO RETORNO NO RESIDENCIAL TROPICAL PARK, FOI COLHIDO POR UM CARRO DE FIAT DE PLACA NID-7034 DE COR PRATA, QUE ESTAVA SENDO GUIADO PELO SENHOR DE NOME ANDERSON LUIZ SILVA, QUE SE APRESENTOU COMO PROPRIETÁRIO DO VEICULO. QUE PELA FORÇA, QUE POR CONTA DA VIOLÊNCIA DO ACIDENTE FOI LANÇADO AO CHÃO POR CIMA DO MEIO-FIO, QUE FICOU DESACORDADO POR ALGUM TEMPO E LOGO DEPOIS RECOBROU A CONSCIÊNCIA, QUE NESTE MOMENTO FOI SOCORRIDO POR POPULARES, E PELO SENHOR ANDERSON, CONDUTOR DO VEICULO, QUE FOI SOCORRIDO LOGO APÓS PELO SAMU E FOI ENCAMINHADO PARA O PROTOMED. QUE POR CONTA DO ACIDENTE TEVE FRATURAS NO PÉ ESQUERDO, CHEGANDO A FRATURAR DOIS DEDOS E TAMBÉM ALGUNS OSSOS DA FACE. QUE ATÉ ESTE MOMENTO FOI PROCURADO PELO SENHOR ANDERSON. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

João Marcelo Bragagnolo
Delegado de Polícia Civil de Classe Especial
Gerente de Segurança do Condutor do NUCEAC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001325/2018-05

Hysmael Melo Do Nascimento
Hysmael Melo Do Nascimento - Mat. 1085352
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco de Assis Mendes de Oliveira Silva
FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

João Marcelo Brasileiro de Aguiar
Delegado de Polícia
João Marcelo Brasileiro de Aguiar
Delegado de Polícia Civil de Classe Especial
Gerente de GEARIN/Coordenador do NUGECAC



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

Francisco de Assis Mendes de Oliveira
Silva

CPF da Vítima

036.905.603-02

Data do Acidente

08.04.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

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



Teresina, 14 de Junho de 18

Local e Data

Francisco de Assis Mendes de Oliveira Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	16 Idade		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica	18 Tipo de ocorrência			
Tipo de Ocorrência	19 Vitima				
	20 Meio de locomoção				
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança				
Exame Físico	23 Glasgow =				
	24 Sinais Vitais				
Assistência	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				
Hospital de Destino	27 Pulso Radial				
	28 Sangramento				
Observações Interdisciplinar	29 Dor				
	30 Fratura				
31 Procedimentos realizados					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
Observações Interdisciplinar					
Responsável pela recepção					
Socorristas Médico					
Enfermeiro					
Condução					

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEMA/06/08

Nº da Nota Fiscal
006337177

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2018	04-06-2018	584	522,34

MARTA DO CARMO PROCEDINHO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA
CPF: 00070375470344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 18.001.02.42.127600

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	5733	Atual:	25/05/2018
Anterior:	1,000	Anterior:	26-04-2018
Constante de Multiplicação:	584	Próxima Leitura:	27-06-2018
Consumo Medido:	584	Próxima Leitura:	24-05-2018
Consumo Faturado:	584	Próxima Leitura:	25-05-2018
	NORMAL	Próxima Leitura:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classif/Subclassif	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	0176626		1.1.1.3	550

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
ABR/18 559	CONSUMO 584 A R\$ 0,820900 = 482,93
MAR/18 576	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)
FEV/18 552	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 5,02
JAN/18 502	
DEZ/17 645	
NOV/17 863	
OUT/17 694	
SET/17 671	
AGO/17 671	
JUL/17 681	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 584 - 0,562710	

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUN. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
M - Norma - CEP: 64.000-000

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Descrição
04/2018	496,79	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01-06-2018. O não pagamento por 30 dias também é incluído no nome do consumidor na cobrança. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12087/09).
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

9700.BAEE.C8E3.A818.9AE1.06FA.756F.10A4
RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	178,38	Base de Cálculo:	27,00%
Energia:	28,06	Alíquota ICMS:	130,38
Transmissão:	28,42	Valor do ICMS:	4,24
Encargos:	154,27	Valor do PIS:	19,65
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
0,00			0,00			0,00	
TERESINA-MACAUBA				03/2018		168,00	

ROT: 18.001.02.42.127600



ESTE RECIBO É UM TÍTULO AO PORTADOR PARA TORNAR-SE
bilhetes em casos de vendas autorizadas pelo CAVAL
sortido do concurso. Para sua segurança, somente adquira
para receber o prêmio e de 90 dias, a contar da data de
Contra os dados contidos no recibo de aposta. O prazo
que o habilita a receber eventuais prêmios de loterias.
Atenção: o recibo de aposta original é o único comprovante
tempo, providencie cópia do documento.
produtos químicos. Se precisar manter o recibo por mais
de unidades excessivas e ao contrário, com o recibo por mais
papel e não se esqueça de assinar o recibo.

7-280, Teresina - PI

98124-3199

0391542

FATURA Nº
MÊS/ANO 2/2018

NOME/ENDEREÇO: HUNDA M DE OLIVEIRA
MORADOR
RUA DOS RESID DOH AVELAR 0---I-CASA-012-NOVO.
URUGUAI-TERESINA-PI-cep:99999999

LOCALIZAÇÃO
04-00056-004720

GRUPO
004

NÚMERO DO HIDRÔMETRO
A15F283514

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS/ANO TIPO

LIDO

FATURADO

2017-12-12

0,00

1,00

2017-11-12

0,00

1,00

2017-10-12

0,00

1,00

2017-09-12

0,00

1,00

2017-08-12

0,00

1,00

2017-07-12

0,00

1,00

2017-06-12

0,00

1,00

2017-05-12

0,00

1,00

2017-04-12

0,00

1,00

2017-03-12

0,00

1,00

2017-02-12

0,00

1,00

2017-01-12

0,00

1,00

2016-12-12

0,00

1,00

2016-11-12

0,00

1,00

2016-10-12

0,00

1,00

2016-09-12

0,00

1,00

2016-08-12

0,00

1,00

2016-07-12

0,00

1,00

2016-06-12

0,00

1,00

2016-05-12

0,00

1,00

2016-04-12

0,00

1,00

2016-03-12

0,00

1,00

2016-02-12

0,00

1,00

2016-01-12

0,00

1,00

2015-12-12

0,00

1,00

2015-11-12

0,00

1,00

2015-10-12

0,00

1,00

2015-09-12

0,00

1,00

2015-08-12

0,00

1,00

2015-07-12

0,00

1,00

2015-06-12

0,00

1,00

2015-05-12

0,00

1,00

2015-04-12

0,00

1,00

2015-03-12

0,00

1,00

2015-02-12

0,00

1,00

2015-01-12

0,00

1,00

2014-12-12

0,00

1,00

2014-11-12

0,00

1,00

2014-10-12

0,00

1,00

2014-09-12

0,00

1,00

2014-08-12

0,00

1,00

2014-07-12

0,00

1,00

2014-06-12

0,00

1,00

2014-05-12

0,00

1,00

2014-04-12

0,00

1,00

2014-03-12

0,00

1,00

2014-02-12

0,00

1,00

2014-01-12

0,00

1,00

2013-12-12

0,00

1,00

2013-11-12

0,00

1,00

2013-10-12

0,00

1,00

2013-09-12

0,00

1,00

2013-08-12

0,00

1,00

2013-07-12

0,00

1,00

2013-06-12

0,00

1,00

2013-05-12

0,00

1,00

2013-04-12

0,00

1,00

2013-03-12

0,00

1,00

2013-02-12

0,00

1,00

2013-01-12

0,00

1,00

2012-12-12

0,00

1,00

2012-11-12

0,00

1,00

2012-10-12

0,00

1,00

2012-09-12

0,00

1,00

2012-08-12

0,00

1,00

2012-07-12

0,00

1,00

2012-06-12

0,00

1,00

2012-05-12

0,00

1,00

2012-04-12

0,00

1,00

2012-03-12

0,00

1,00

2012-02-12

0,00

1,00

2012-01-12

0,00

1,00

2011-12-12

0,00

1,00

2011-11-12

0,00

1,00

2011-10-12

0,00

1,00

2011-09-12

0,00

1,00

2011-08-12

0,00

1,00

2011-07-12

0,00

1,00

2011-06-12

0,00

1,00

2011-05-12

0,00

1,00

2011-04-12

0,00

1,00

2011-03-12

0,00

1,00

2011-02-12

0,00

1,00

2011-01-12

0,00

1,00

2010-12-12

0,00

1,00

2010-11-12

0,00

1,00

2010-10-12

0,00

1,00

2010-09-12

0,00

1,00

2010-08-12

0,00

1,00

2010-07-12

0,00

1,00

2010-06-12

0,00

1,00

2010-05-12

0,00

1,00

2010-04-12

0,00

1,00

2010-03-12

0,00

1,00

2010-02-12

0,00

1,00

2010-01-12

0,00

1,00

2009-12-12

0,00

1,00

2009-11-12

0,00

1,00

20

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=25636>

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Proença da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 144 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco de Assis Mendes de Oliveira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.905.603 / 02, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Francisco de Assis Mendes de Oliveira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.905.603 / 02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Henrique Dias</u>		Número <u>790</u>	Complemento
Bairro <u>Urulha</u>	Cidade <u>Terresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64019-330</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>86199982-3093</u>

Terresina, 14 de Junho de 18
Local e Data

Maria do Carmo Proença da Silva
Assinatura do Declarante

COB Clinica Ortopedica Buenos Aires

Emissão: 11/07/2018 15:39 USU:

Rua Castelo do Piauí, 3292 Buenos Aires
Teresina PI - 64009330
Telefone: 86 214-1600
CLINICA ORTOPEDICA BUENOS AIRES

Clinica Ortopedica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires
Fones: (86) 3214-1600 • CEP 64.009-330 • Teresina-Piauí
E-mail: clinicacob@hotmail.com

***** IMPRESSÃO DO ATENDIMENTO *****

Paciente.: 052470 FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLI Conv.: PARTICULA Idade: 30

Data.....: 11/07/2018 14:06

CID 10: S027 FRAT MULT ENVOLV OSSOS DO CRANIO E FACE

QUEIXA PRINCIPAL

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 08/04/2018
BO 100203001325/2018-05

H. D. ATUAL

FRATURA EXPOSTA DO 2 3 5 PDE (PE E)
FEITO LMC DE FRAT EXPOSTA DE PE E

EXAME GERAL

DOR LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PE E
REFERE DOR EM ORELHA D
CEFALEIA DIARIA+ TONTURAS SIC

EXAME COMPLEMENTAR

RX PE E FRAT 2 3 5 PDE
TC DE CRANIO FRAT DE OSSO TEMPORAL D
CONTEUDO MESOTIMPANICA D

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

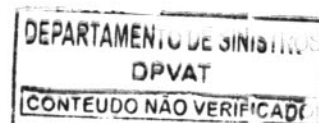
RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA COM PERDA DE 75 %

DR. FERDINAND FREITAS
CRM-PI 3096

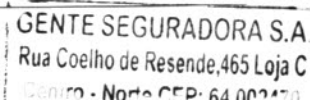
DR. ROCELDO ANTONIO
CRM-PI 3531

11/07/2018

DR. EDMAR DE SOUZA JÚNIOR
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 2313 T001 - 3714




12 JUL. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO

Francisco de Assis Mendes de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
034.905.603-02

Nome
FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA
SILVA

Nascimento
11/06/1988

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.814.252 DATA DE EMISSÃO 26/01/06

FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA
SILVA

RAIMUNDA MENDES DE OLIVEIRA
DOMINGOS BENTO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 11/06/1988

BARRAS-PI

CERT. NASC. 232658 L 287 F 197
CPF EXP TERESINA-PI 26/01/05

ASSINATURA DO DIRETOR DO CRIMINAL
LEIN 7 116 DE 250080

CÓDIGO DE CONTROLE
B7A9.65E7.4A38.5E04



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 17:12:07 do dia 15/05/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

18 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
M. Norte CEP 64.000-000

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
18 JUN. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
- Noroeste - CEP: 64.000-000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E INFRAESTRUTURA NACIONAL DE TRANSPORTES

PIAUÍ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554660910

NOME
MARIA DO CARMO PROCHODO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR
1457994 SSP PI

CPF
703.754.703-44

DATA NASCIMENTO
10/09/1971

Flacão
LUIZ PROCHODO DA SILVA
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO
CATEGORIA

APRESENTAÇÃO
02851011130

VALIDADE
15/12/2022

PRELIMINAR
29/04/2003

OBSERVAÇÕES
A

Assinatura do Titular
MARIA DO CARMO PROCHODO DA SILVA

LOCAL
TERRAVERDE, PI

DATA DE EMISSÃO
20/12/2017

70615801046
PI320021300

PIAUÍ

PROVEDOR PLASTIFICAR
1554660910

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 013029937894

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COO-RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO

1 00525776109 2017

2657 NOME
0009 FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLI
dda1 VEIRA SILVA
f53b *****
0a7a *****
f579 *****
a3a3 *****
f563 *****

CPF / CNPJ PLACA
03490560302 QUE-5772

7217 PLACA ANT. / UF CHASSI
- 9C2KC1670DR465766

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
MOTO/MOTOCICLETA ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN ESI 2013 2013

CAP. / POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
02P/0149CC PARTICU PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1º IPVA

Faixa IPVA PARCELAMENTO / COTAS
2º
3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES
A/FID. CUBANCO HONDA S.A. OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL DATA
TERESINA 26/07/2017

[Assinatura]
MAYOR MARTINS DO AMO LOBO
DEPARTAMENTO DE DETRAN - PI

DEPARTAMENTO DE DETRAN - PI
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

18 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
M. Norte CEP: 64.000-000

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180279322**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA DOIS - DOM AVELAR, 12, QD I - Dom Avilar - Teresina - PI - CEP 64000-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2814252**

Data e local do acidente: [**08/04/2018**] **Avenida João Leitão, Teresina - Pi**

Data e local do exame: [**25/07/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TCE com fx da porção mastoidea do osso temporal dir Fx do 2º, 3º e 5º dedos do pé E

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Limitação da flexão do 2º ao 5º dedos do pé esquerdo. Sem limitação na marcha. Refere tonturas frequentes, faz acompanhamento com neurologista, faz uso de betaistina 24mg + flunarizina 10mg

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento cirúrgico através de desbridamento e lavagem mecânica cirúrgico dos dedos. Internação hospitalar e acompanhamento pelo neurologista em enfermaria.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do pé esq. Comprometimento Sistema nervoso central.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Pe esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Sistema nervoso central


% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Sem exames de imagem recente.



Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho - CRM: 4369 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180279322 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PÉ ESQUERDO .

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180279322 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE com fratura da porção mastoidea do osso temporal direito
Fratura do 2º, 3º e 5º dedos do pé E

Descrição do exame médico pericial: Limitação moderada da flexão do 2º ao 5º dedos do pé esquerdo. Sem limitação na marcha.
Tonturas frequentes, faz acompanhamento com neurologista, faz uso de betaistina 24mg + flunarizina 10mg.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico através de desbridamento e lavagem mecânica cirúrgico dos dedos.
Internação hospitalar e acompanhamento pelo neurologista em enfermaria.

Sequelas permanentes: Dano neurológico em grau residual, Limitação funcional do pé esquerdo em grau moderado.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/07/2018

Conduta mantida:

Observações: Sem exames de imagem recente.
Indenização em grau residual da função neurológica devido a presença de tontura frequente.
Indenização em grau médio do pé E devido a repercussão funcional (limitação da flexão dos 2º ao 5º dedos do pé).
Quadros estabelecidos conforme parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho

CRM do médico: 4369

UF do CRM do médico: PI

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>Francisco de Assis Mendes de Oliveira Silva</u>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>motorista</u>
Identidade nº: <u>2.814.252</u>	CPF nº: <u>034.905.603-02</u>	
Endereço: <u>Rua do Residencial Dom Avelar</u>		
<u>Q I, casa 12, Teresina - PI</u>		
CEP: <u>64.000-000</u>	Telefone: <u>(86) 99982.3093</u>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
 Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI CPF nº: 703.754.703-44
 Profissão: Bacharel em Direito Telefone: (86) 9 9405-4326/ 9982-3093/ 8828-8177
 Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** para a Vitima Francisco de Assis Mendes de Oliveira Silva

Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de: Timon-MA 14/06/2018

Local e data

Em Testemunho da verdade.
Landaina Jansen Carneiro e Silva
 Escriventa



Outorgante - Francisco de Assis Mendes de Oliveira Silva

