

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITIU 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

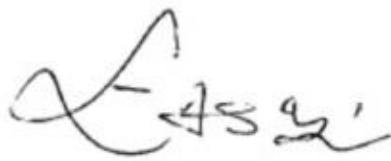
VISÃO MÉDICA LTDA

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

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 n°: 13177269

A/C: 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

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: 00000039437-3

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, deve estar 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").

18 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

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 oliveira Silva	CPF titular da conta 034.905.603-02	Profissão motorista
Endereço Rua dois A I	Número 12	Complemento
Bairro Dom Avelino	Cidade Teresina	Estado Piauí
Email		CEP 64000-000
		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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

Caixa Econômica

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

2004

(Informar dígito se existir)

39437

3

(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, 18 de Junho de 18

Local e Data

Francisco de Assis mendes oliveira Silva

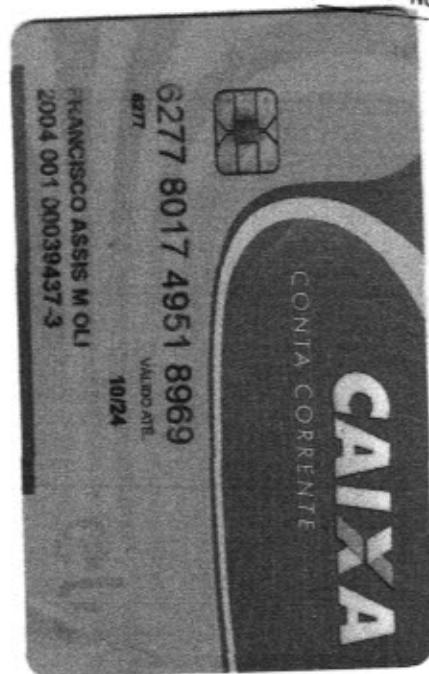
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTO DE VINCULOS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADA

18 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
CNPJ: 54.000.111/0001-32



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 inteiros podem impedir o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar VERIFICADA, 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 deve 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").

22 JUN. 2018

GENE SEGURADORA S.A.

CONTEÚDO NÃO VERIFICADA

DPVAT

864664-01-0

CPF: 64.002-470

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	CPF titular da conta	Profissão
Francisco de Assis mendes de oliveira Silva	034.905.603-02	motorista
Endereço	Número	Complemento
Rua dois 2 I	32	
Bairro	Cidade	Estado
Dom Avelar	Teresina	Piauí
Email	CEP	Telefone (DDD)
	66.000-060	861 99982-3093

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

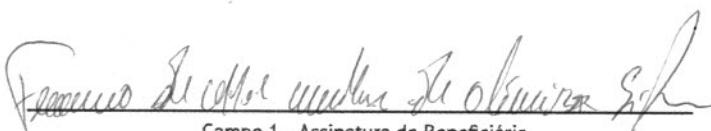
AGÊNCIA
NRO. D/V **CONTA**
NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome NRO.
Caixa Econômica 001
AGÊNCIA
NRO. D/V **CONTA**
NRO. D/V
2000 001 39437 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.

Teresina, 21 de Junho de 18
Local e Data



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

450786

Data/Hora
08/04/2018 - 19:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AVENIDA PROF HUGO BASTOS, Nº:

Complemento

PRÓXIMO AO JM CONSTRUÇÕES

Bairro

VALE QUEM TEM

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA SILVA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

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

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

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: Chassi:

2013 OUE5772 9C2KC1670DR465766

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: ESIDENCIAL DOM AVELAR, QUADRA I Número: 12

Cidade: TERESINA UF: Bairro: VALE QUEM TEM

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE COMPARCEU 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 VIOLENCIA 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 Braga - Delegado de justiça
Delegado da Polícia Civil - Classe Especial
Gerente da SisBO, Coordenador do NUCEAC



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

520 v. 1.0

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

Delegado de Polícia
João Marcelo Brasileiro de Aguiar
Delegado de Polícia Titular da Classe Especial
Delegado da Delegacia Geral de Investigação Civil (DGCIV)
Delegado da Delegacia de Investigações Criminais (DIA)



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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Francisco de Assis Mendes de Oliveira Silva	034.905.603-02	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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 18 JUN. 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-477	
Assinalar uma das opções abaixo: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 Lider 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 Janeiro de 18

Local e Data

Francisco de Assis Mendes de Oliveira Sjho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Dados do Chamado	01 N° do chamado 112	02 Data do chamado 08/04/18	03 PRO (código) 1111	04 Saída do PA 1955	05 Chegada ao local 2009	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 2024	07 Chegada ao 1º hospital 2042	08 Saída do 1º hospital 1942	09 Chegada ao 2º hospital 1942		
Dados do Paciente	10 Endereço AV. João Antônio Beirão	11 Bairro Satélite	12 Município-UF- THE-PI	Código IBGE 06100-000		
	13 Ponto de referência FCO de Assis Mendes de Oliveira					
Dados do Paciente	14 Nome FCO de Assis Mendes de Oliveira	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 3- Ignorado DEPARTAMENTO DE JURIS				
	16 Idade 29 anos	1- Dia 2- Mês 3- Ano 9- Ignorado PRONTO	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	DPVAT CONTRATO DE JURIS NÃO-VERIFICADA	18 JUN. 2018
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01- Acidente de transporte	05 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	18 JUN. 2018	
Acidente de Transporte	02- Agressão física-espancamento 03- Agressão física-FAF 04- Agressão física-FAB 05- Urgência psiquiátrica	06 - Automóvel 08 - Motocicleta 09 - Ônibus/Micro-ônibus 10 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	18 JUN. 2018	
Exame Físico	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. SatO2	18 JUN. 2018	
	ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPONSA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPONSA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	25 Local da lesão	18 JUN. 2018	
	26 Pupilas 1- Iguais 2- Desiguais	29 Dor 0- Sem Dor 1- Leve 3- Moderada 7- Intensa 10- Muito Intensa	ESCALA DE DOR DE 0 A 10		18 JUN. 2018	
	27 Pulso Radial 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	30 Fratura 1- Sim Exposta Fechada	2- Não 3- Suspeito		18 JUN. 2018	
Assistência	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred	Glicemias Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Acesso Venoso Medicamentos a)	CONFERE COM O ORIGINAL marilia Veloso Cantanhede	18 JUN. 2018	
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino PRONTO MED	34 Óbito 1- Sim Antes do socorro Antes do transporte	2- Não Durante o transporte		18 JUN. 2018	
Observações Interdisciplinar	<p>Paciente vítima de queda de moto Consciente e orientado, leu- lum com estômag. com otomia - Dente, sem raios de dentes</p>					
	Socorristas Médico AE/TE Dra. Moisés Manta	Enfermeiro Condutor Isabel Monte Fernandes			18 JUN. 2018	
Responsável pela recepção						
Versão: 27.11.2011						

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de ingresso autorizado pela SEMZ 06/98

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0957468-9

006337177

Nº da Nota Fiscal

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

MARIA DO CARMO PROCEDIMENTO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA
CPF: 000070375470344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 18.001.02.42.127600

DADOS DA LEITURA		LEIT	DATAS DA LEITURA	
Atual:	5733		Atual:	26-04-2018
Anterior:	1.000		Anterior:	27-06-2018
Constante de Multiplicação:	584		Próxima Leitura:	24-05-2018
Consumo Médio:	584	FCAM	Emissão:	25-05-2018
Consumo Faturado:			Apresentação:	

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Período	Código Faz.
RESIDENCIAL	TRI	0176626	1.1.1.3	550

HISTÓRICO kWh	
ABR/18	559
MAR/18	576
FEV/18	552
JAN/18	502
DEZ/17	645
NOV/17	863
OUT/17	694
SET/17	671
AGO/17	671
JUL/17	681
TIPO DE TRIBUTOS:	
8 R 584 - 6.562718	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Descrição da Conta

CONSUMO 584 A R\$ 0,820906 = 482,99
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 39,43
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 5,02

CONTA AMARELA, VELA SEMI-
ANUAL, 18 JUN. 2018
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUN. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
7 - Norte - CEP: 64.000-000

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora suspeita e suspensa do fornecimento de
04/2018 496,79 energia elétrica a partir de 01-06-2018. O não pagamento por
aqui consta também inclusão do nome do consumidor na
SINCH. Caso tenha sido feito o pagamento, favor desconsiderar
este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/09).
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

9700.BAEE.C8E3.A818.9AE1.06FA.750F.10A4

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA R\$	IMPOSTOS, TRIBUTOS R\$
178,38	82,99
28,06	27,00%
28,42	130,38
154,27	4,24
	Valor do PIS: 19,65
	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

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO
0957468-9

TOTAL A PAGAR - R\$
522,34

MÊS FATURADO

05/2018

VENCIMENTO

04-06-2018

006337177 FCAM

Nº da Nota Fiscal

8368000000058 22340017000 5 000000000957 1 46890518008 8



SEQ.: 00055 UC: 0957468-9 DT.LEIT.: 25/05/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 6317 NORMAL TOTAL: 522,34 CARGA: 018
DT.VENC.: 04-06-2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1091

ESTE RECEBIDO É UM TÍTULO AO PORTADOR PARA TORNAR
billeiros em cartões de vendas autorizados pela CAIXA.
sobrado de concurso. Para sua segurança, somente o
portar o bilhete de 90 dias, a partir da data de abertura
contar os dias contados no vencido de opção. O prazo
que o habilita a receber eventuais prêmios de loterias.
Abaixo: o saldo de opção original e o saldo comprovante
tempo que excede o vencido da opção de documento.
pode ser excedente. Se perder maior o saldo por mais
tempo que excede o vencido da opção de documento.

7-280, Teresina - PI
98124-3199
0391542
2/2018

NOME/ENDEREÇO
MORADOR
RUA DOTS RESID DOM AVELAR, 00000-000
URUQUAT-TERESINA-PI-cep:99999999

LOCALIZAÇÃO
004-00000-004720

GRUPO 004 **NÚMERO DO HIDROMETRO** A15F283514

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS/ANO **TIPO** **UDO** **FATURADO** **CONDICIONAL** **CATEGORIAS** **VALOR**
11/2017 Mês 00 10,00
10/2017 Mês 00 10,00
09/2017 Mês 00 10,00
11/2017 Mês 00 10,00

08/01/2018 DATA **115** LÉTURA
ANTERIOR **06/02/2018** **115**
ATUAL

CONSUMO MÊS M3 **10** **LEI 12.741/2012**
PIS/PASEP **1,65** **INSS** **1,65**
COFINS **0,41** **IR** **0,41**

TABELA DE TARIFAS
RESIDENCIAL **FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)** **VALOR** **DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA**
Residencial Normal 10,00 m3 26,51 REF. 10,00 m3 26,51
JUROS POR ATRASO 11/2017 0,41
Multa por atraso 11/2017 0,53

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)

VENCIMENTO **10/02/2018** **TOTAL A PAGAR** **27,45**

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM **DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÕES** **NOTIFICADO** **CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, ANM/40, Anexo V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.262	787	0	5,11	0,20-5,00 mg/L
COR APARENTE	3.732	3.707	200	6,69	6,00-9,50
pH	3.732	3.528	200	1,96	1,00-9,00
TURBIDEZ					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	787	787	0	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI					

06/02/2018 **09:57**

DATA DA EMISSÃO: **HORA DA EMISSÃO:**

**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)

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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=25634> SEGURODPVAT S.A

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 fazenda de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu maria do carmo Proudomio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 444-01 Silva na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário lanlucode Assis mendes da oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.905.603 / 02, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima lanlucode Assis mendes da oliveira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.905.603 / 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	Rua Henrique Dias		Número	790	Complemento
Bairro	Verde	Cidade	Estado	PI	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	64019.330	
			Telefone celular (DDD)	86199982-3093	

Tereshina, 14 de Junho de 18
Local e Data

maria do carmo Proudomio da Silva
Assinatura do Declarante

COB Clinica Ortopedica Buenos Aires

Emissão: 11/07/2018 15:39 USU:

C.O.B Clinica Ortopedica Buenos Aires
Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires - CNPJ: 05.636.125/0001-26
Teresina-PI - 64009-330
Telefone: 86 3214-1600
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.: PARTICULAR Idade: 30

DR. ALBISIO ARCOVERDE
CRM-PI 2468

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

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

QUEIXA PRINCIPAL
DR. ALBISIO ARCOVERDE
ACIDENTE DE TRANSITO DIA 08/04/2018
CRM-PI 2468
BO 100203001325/2018-05

H. D. ATUAL
FRATURA EXPOSTA DO 2 3 5 PDE (PE E)
FEITO LMC DE FRAT EXPOSTA DE PE E
DR. DANIEL MILHOLO CHAGAS

CRM-PI 4437

EXAME GERAL

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

DR. EDMAR JÚNIOR

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 %

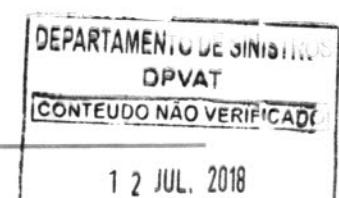
DR. FERDINAND FREITAS
CRM-PI 3096

11/07/2018

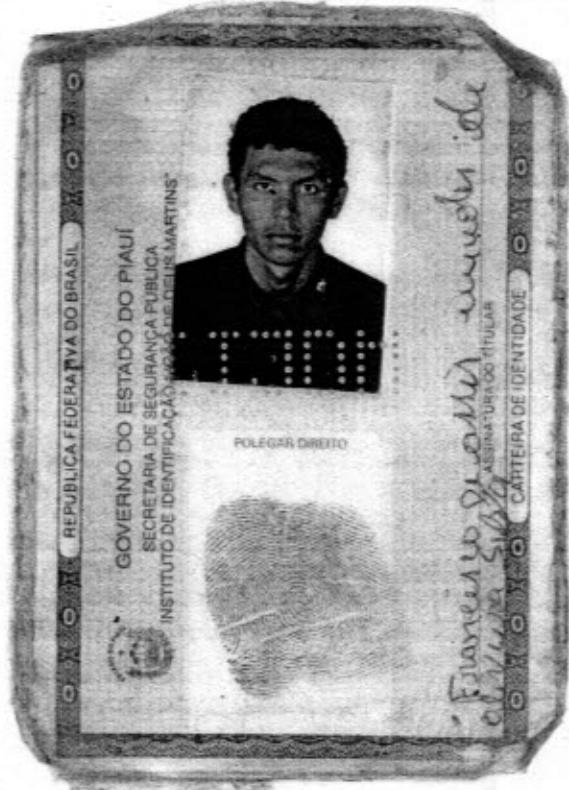
DR. ROCEDO ANTONIO
CRM-PI 3531



*DR. EDMAR DE SOUZA JUNIOR
ORTOPEDIA / TRAUMATO - GIA
CRM-PI 313 - TEL: 86-3214-1600*



GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

DETAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013029937894

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO

1 00525776109 2017

2657 NOME

0009 FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE OLIVEIRA

ddal VEIRA SILVA

f53b *****

0a7a *****

f579 *****

a3a3 *****

f563 *****

8dad CPF / CNPJ PLACA

eb07 03490560302 OUE-5772

7217 PLACA ANT. / UF CHASSI

9C2KC1670DR465766

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL

MOTORCYCLE / MOTO / MOTO 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

I 1º IPVA

P 2º

V 3º PAGO

A FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURADO PAGO OBRIGATÓRIO

DESENVOLVIMENTO

A/FID. CL BANCO HONDA S.A. OBRIGATÓRIO

PERMANECE VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL DATA

TERESINA 26/07/2017

RESENDE DO AGÉDIO LOPES
DELEGADO DE DETRAN - PI

DEPARTAMENTO DE JUNTAS
DPVAT
(CONTEUDO NÃO VERIFICADO)

18 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
- Noroeste - 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?

[**X**] 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)?

[**X**] 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
() 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: () 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 **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
OLIVEIRA SILVA

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 CIRÚRGICO

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

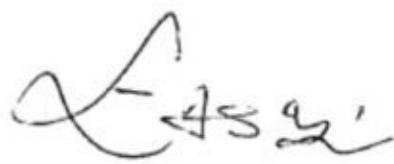
VISÃO MÉDICA LTDA

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 **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
OLIVEIRA SILVA

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 Limitação moderada da flexão do 2º ao 5º dedos do pé esquerdo. Sem limitação na marcha.
médico pericial: 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

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		
Francisco de Assis mendes de oliveira Silva		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: Solteiro	Profissão: motorista
Identidade nº: 2.834.252	CPF nº: 034.905.603-02	
Endereço: Rua do im residencial dom Amorim		
Q I, casa 12, Teresina - PI		
CEP: 64.000-000	Telefone: (86) 99982-3093	

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 perícia médica e solicitar reagendamento, podendo estabelecer 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 Vítima

Francisco de Assis mendes de oliveira Silva

Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:
Francisco de Assis 14/06/2018
Francisco de Assis
Francisco de Assis
Francisco de Assis

Local e data

1º Ofício

Em Testemunho Francisco de Assis da verdade.
 Timon-MA, 14/06/2018
 Jansen Jansen Carnaíba e Silva
 Jandaína Jansen Carnaíba e Silva
 Escrevente Francisco de Assis

