

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: 28/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OSVALDO SOUSA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000072484-9

Nr. da Autenticação C8AB65BD2C9D26A3

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160717830 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSVALDO SOUSA DA SILVA **Data do acidente:** 01/10/2016 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do tornozelo direito.

Descrição do exame médico pericial: Teve fratura do maléolo lateral direito, tem extensa cicatriz cirúrgica no tornozelo direito (região lateral), alteração anatômica com hipertrofia no tornozelo direito, com leve rigidez articular no tornozelo direito, e com perda de força e diminuição dos movimentos articulares do tornozelo direito (flexão, extensão, eversão, e inversão).

Resultados terapêuticos: Tratamento ortopédico com redução, e cirúrgico com osteossíntese com colocação de placa e 05 parafusos, mais 01 parafuso, com uso de antibióticos, anti-inflamatórios, e analgésicos, refere que fez fisioterapia (05 sessões); Sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional moderada do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/12/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Mauro Ricardo Ramos Bilibio

CRM do médico: 4606

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10296063

A/C: OSVALDO SOUSA DA SILVA

Sinistro: 3160717830 ASL-1176723/16
Vítima: OSVALDO SOUSA DA SILVA
Data Acidente: 01/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

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: OSVALDO SOUSA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000072484-9

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 tornozelo 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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Osvaldo Sousa da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua da Crelurb, 4565
Satélite Teresina PI CEP: 64059-190
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 3.472.574
Data local do exame: [22/12/2016] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura do tornozelo direito.

Teve fratura do maléolo lateral direito, tem extensa cicatriz cirúrgica no tornozelo direito (região lateral), alteração anatômica com hipertrofia no tornozelo direito, com leve rigidez articular no tornozelo direito, e com perda de força e diminuição dos movimentos articulares do tornozelo direito (flexão, extensão, eversão, e inversão).

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Evoluiu com alteração anatômica com hipertrofia no tornozelo direito, com leve rigidez articular no tornozelo direito, e com perda de força e diminuição dos movimentos articulares do tornozelo direito (flexão, extensão, eversão, e inversão).

Data da alta: Refere que já teve alta definitiva do tratamento médico.

Fez tratamento ortopédico com redução, e cirúrgico com osteossíntese com colocação de placa e 05 parafusos, mais 01 parafuso, com uso de antibióticos, anti-inflamatórios, e analgésicos, refere que fez fisioterapia (05 sessões);

Complicações: Não teve complicações.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Apresenta no momento alteração anatômica com hipertrofia no tornozelo direito, com leve rigidez articular no tornozelo direito, e com perda de força e diminuição dos movimentos articulares do tornozelo direito (flexão, extensão, eversão, e inversão).

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo - Direito

% 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):

% 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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Mauro Ricardo R. Bilibic
Médico
CRM - PI 4506 / MA: 6373

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10407499

A/C: OSVALDO SOUSA DA SILVA

Sinistro: 3160717830 ASL-1176723/16
Vitima: OSVALDO SOUSA DA SILVA
Data Acidente: 01/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Prezado(a) Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

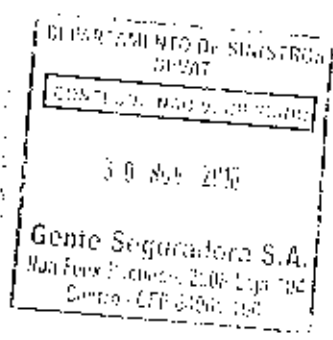
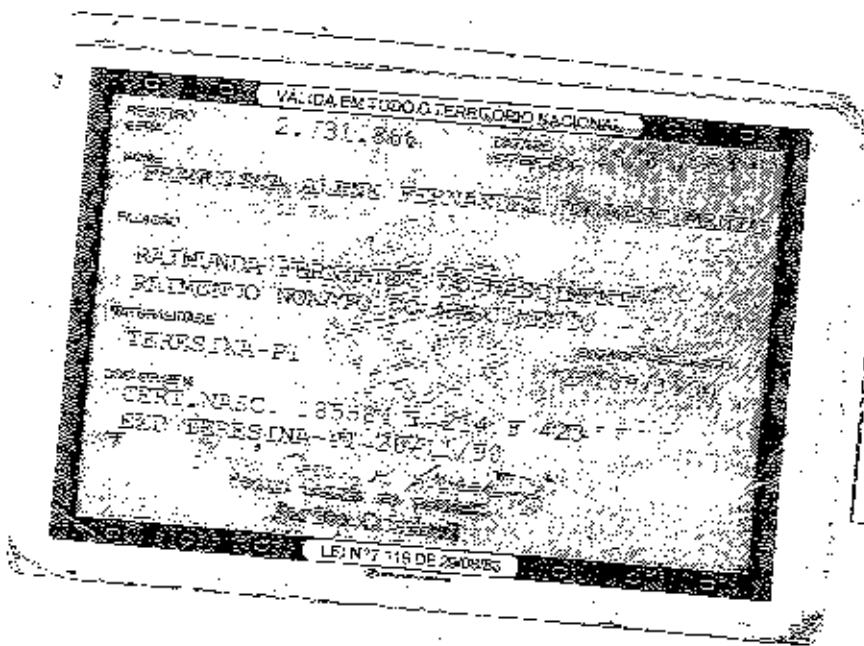
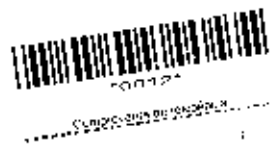
Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

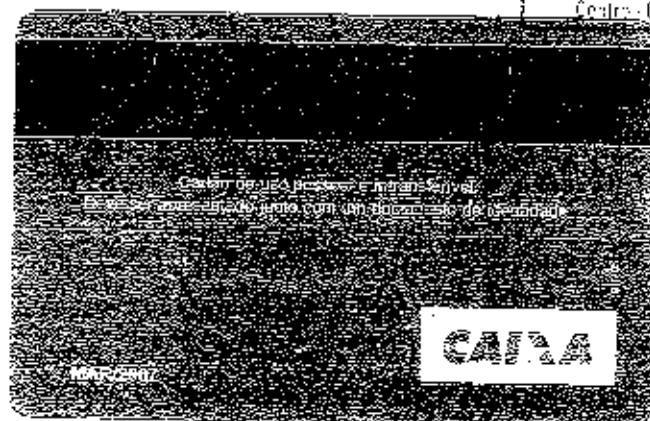
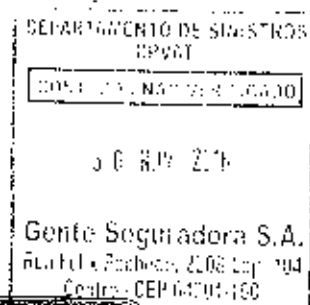
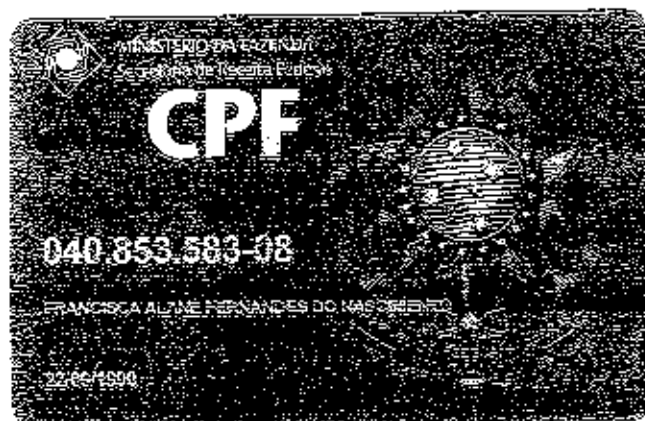
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012508680518
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COB: RENAVAM: 00587883260 R.N.T.R.C.: EXERCÍCIO: 2016

NOME: OSVALDO SOUSA DA SILVA

CPF (CNPJ): 79613055304 PLACA: LVO-1827

PLACA ANT./UF: CHASSI: 9C2KCL670DR512235

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NEUTRA COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GAS

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

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

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 1º IPVA

FAIXA IPVA: PARCELAMENTO / COTAS: 2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 000,00 IOF (R\$): 000,00 PRÊMIO TOTAL (R\$): 000,00 DATA DE PAGAMENTO: 22/06/2016

OBSERVAÇÕES:

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON DA

LOCAL: TERESINA DATA: 22/06/2016

ASSINATURA DO AGENTE LOBO

DIRETOR GERAL DE DETRAN - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 NOV. 2016
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CONTRA SUA CARGA E PESSOAS
TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PI Nº 012508680518 BILHETE DE SEGURO DPVAT



ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 22/06/2016

VIA: 1 CPF / CNPJ: 79613055304 PLACA: LVO-1827

RENAVAM: 00587883260 MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 PAN ESI

ANO FAB.: 2013 CAT. TARIF.: 09 Nº CHASSI: 9C2KCL670DR512235

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): 000,00 RENAVAM (R\$): 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$): 000,00

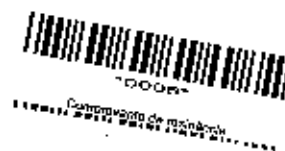
CUSTO DO BILHETE (R\$): 000,00 IOF (R\$): 000,00 TOTAL DO SEGURO (R\$): 292,01

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE COTAÇÃO: 21/06/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ: 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 NOV. 2016
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160

AUTENTIFICAÇÃO MECÂNICA



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 NOV, 2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 64001-160

NOME DO PACIENTE: Oswaldo Sousa da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 21.242

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 96 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-80

1

BOLETIM DE ENTRADA - BE

NHEO 01/10/2016 14:19:33
08:00

DADOS DO PACIENTE:

Nome: OSVALDO SOUSA DA SILVA		Prontuário: 21742	
Mãe: MARIA PEREIRA DA S. SILVA		Pai: ANTONIO NUNES DA SILVA	
Resid.: Qd 23 Cs 22 RES. ARVORES VERDESA - ALDE QUEM TEM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Residência:	23/12/1970	Idade:	45a:10m:8d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99663-4708
CNS:	898003421619435	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
Responsável:	SEBASTIANA	Documento:	CPF: 796.130.553-04
Profissão:	PEDESEIRO	E. Civil:	Casado(a)
Instrução:	Médio Completo	CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	
End. Local:	5 0 NOV. 2016		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	572648	Data:	01/10/2016 14:13:13	Condução:	AMBULANCIA DO SUS		
Motivo da Procura:				ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convenção:	0-8	
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não	CID Secundário:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
DOLORES EM EXTREMIDADES	Dor leve recente	ORTOPEDISTA	Verde
História:		Profissional Clas. Risco:	
ACIDENTE DE MOTO, PARTIDA DO CARROCETE PINAIS DE FRATURA EM MTO. EM 14.10.16		FLAVIA MARIA DA SILVA ANDRADE COREM 158813 PE EM: 01/10/2016 14:19:32	

DADOS CLÍNICOS: (Hora:)

Gravemente ferido

ferido por trauma

ferido por trauma

ferido por trauma

Tempo:	Tempo:	Tempo:	Tempo:
Tempo:	Tempo:	Tempo:	Tempo:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

ferido por trauma

ferido por trauma

ferido por trauma

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / / HORA: :

Procedimento: CID

Assinatura do Paciente ou Responsável: *OSVALDO SOUSA DA SILVA*

Assinatura do Profissional Médico: *Flavia Maria da Silva Andrade*

Profissional Médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03/30/2016

NOME DO PACIENTE: <u>Osvaldo Sousa de Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>23742</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Dr. J. J. J.</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. J. J. J.</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Franciessa Lima</u>	CPF Nº:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV, 2016

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 6,5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	800	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	800	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	02		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 200	UNID.	01		cateter	pac	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	un	05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				eletrôdes			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	01		CIRCULANTE: <u>meo</u>			
PROLENE							



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em ddh sangramento ferida
- 2) Antissepsia Asséptica Colocação de Curativo
- 3) Incisão lateral x 15cm
- 4) Dissecção por planos
- 5) Redução anatómica
- 6) Osteosintese y placa 3/8 com x
- 7) Curativo
- 8) Curativo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 NOV. 2016
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160

04.10.16
Assessor Jurídico
Rafaela de A. Costa
SAC 0800-555555
Contate com o Gerente

Dr. Jamerson
Ortopedia / Traumatologia
CRM 3878 CRM
MOD. 76 - HUT

Dr. Edimar

**CLÍNICA
MACHADO**



RECEITUÁRIO

Relatório médico

Declaro que o Sr.
OSVALDO SOEIRA SILVA, do município
de NEIDACELAS de TOCANTINS, foto ocorrido
01/10/16, tendo sofrido forte trauma
sua perna direita, resultando em
fratura da porção distal do tíbia
e fíbula 2, onde foi tratado cirur-
gicamente através de osteossintese
com placas perfuradas e fios meta-
licos, com boa evolução com fisio-
terapia, com alta definitiva
com comprometimento funcio-
nal de 90%.

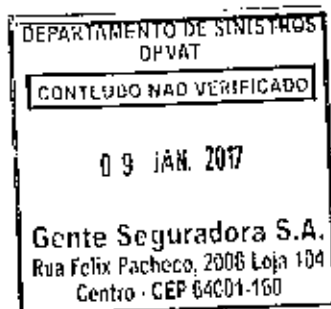
05.01.17

Edimar

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1554-PI - CRM: 2680-MA
9903-0929/9532-1987/8827-3726

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

0012
Declaração de Valor: R\$ 45.712,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

osvaldo souza da silva

ASSINATURA DO TITULAR

CRISTINA DA SILVA

CAIXEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 NOV. 2016

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centrq - CEP 64001-160

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.472.574 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/07/10

NOME OSVALDO SOUSA DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA PEREIRA DE SOUSA SILVA

NATURALIDADE ANTONIO NUNES DA SILVA DATA DE NASCIMENTO 23/12/1970

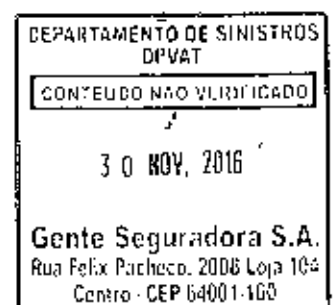
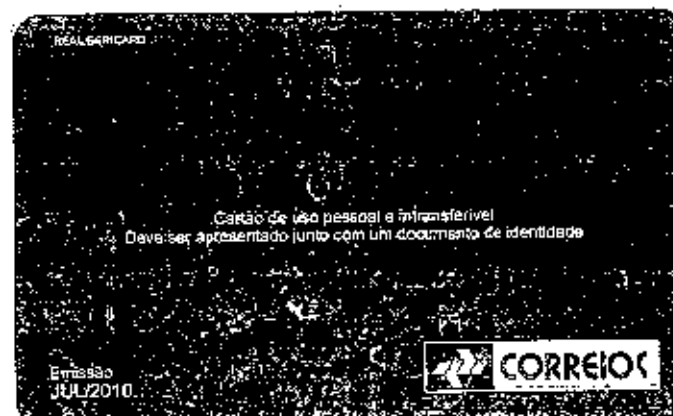
LUZILANDIA-PI

CERT. NASC. 2367 L 9A F 131

TERESINA-PI 17/06/09

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.280/83





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003719/2016-36

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 05/10/2016 - 11:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA NICANOR BARRETO, Nº:

Complemento

CONJ. ARVORES VERDE

Bairro

VALE DO GAVIÃO

Data/Hora

01/10/2016 - 13:00

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: OSVALDO SOUSA DA SILVA

RG: 3472574SSPPI

Mãe: MARIA PEREIRA DE SOUSA SILVA

Endereço: RUA PROJETADA, Nº 4565

Bairro: SATÉLITE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9465-4076

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA/CG 150 FAN ESI, COR AMARELA, ANO 2013/2013, PLACA LVO-1827, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUANDO PERDEU O CONTROLE QUE MOTIVOU A QUEDA. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PRA O HUT SOB O PRONTUÁRIO DE Nº21742. O VEÍCULO-I FICOU DANIFICADO. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA

OSVALDO SOUSA DA SILVA - Notificante
Responsável pela Informação

CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES
Delegado de Polícia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV. 2016

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

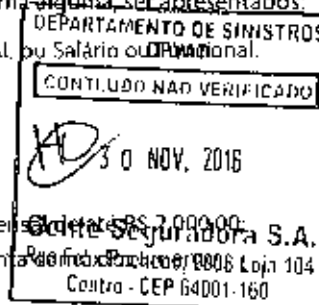
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

RT 05 UNIDO FOLHA DA SUMA
PORTADOR(A) DO RG Nº 3472574 EXPEDIDO POR SEPIA EM 06/07/2016
CPF 780880553-00 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO RECURSO
E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSO NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 05 UNIDO FOLHA DA SUMA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou ORÇAMENTAL;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.700,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta sem comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação do código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 300 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 72484-9

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 300 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 72484-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

TERESINA 08 de Novembro de 2016 JOSEFA DOS SANTOS SILVA
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AB. JOQUEI CLUBE
DATA: 07/11/2016 HORA: 09:34:23
TERMINAL: 00551045 CONTROLE: 005510450026

AGÊNCIA: 2004 - AREOLINO DE ABREU,
CONTA: 013.00072484-9
CLIENTE: OSVALDO SOUSA DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
01/11	
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012	VALOR
DATA	
01/11	

MOVIMENTAÇÃO	VALOR
DATA NR.DOC HISTÓRICO	

SALDO ANTERIOR

Novembro

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
30 NOV. 2016
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160

01/11	000000	REM BASICA
01/11	000000	CRED JUROS

RESUMO EM 04/11
SALDO

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
30 NOV. 2016
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-725 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE