

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

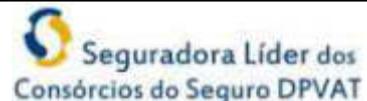
BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 00000072484-9

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 n°: 10296063

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.: 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 Vítimas 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 suscetível 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"

() "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo - Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2017

Carta n°: 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),

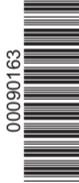
Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência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

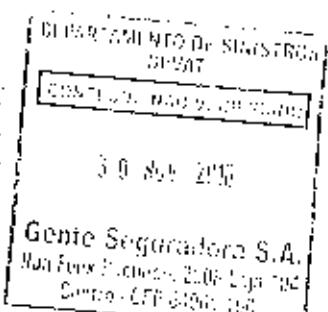
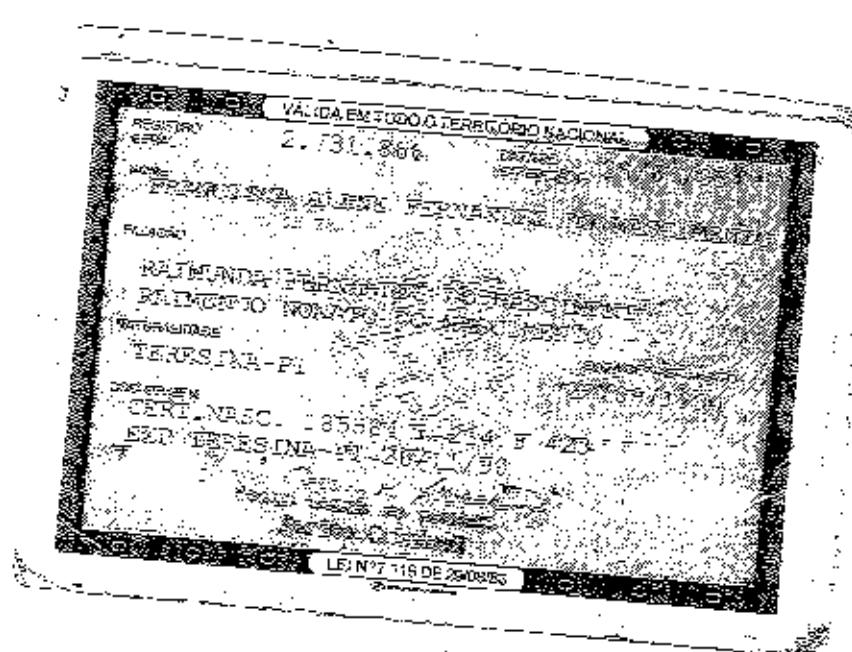
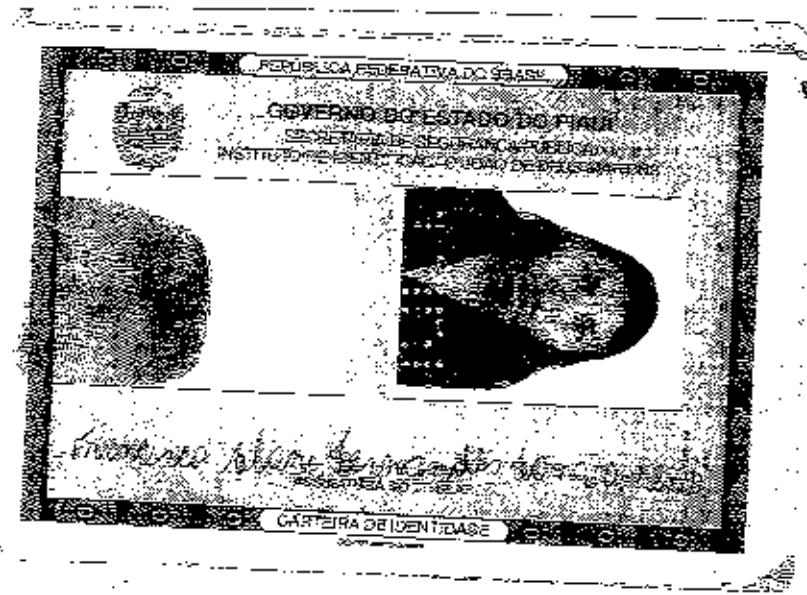
Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

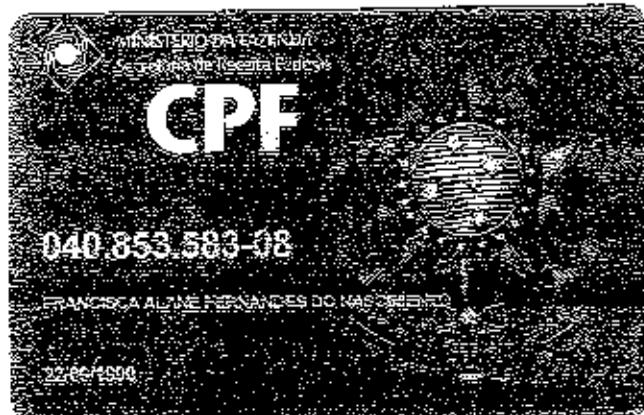
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





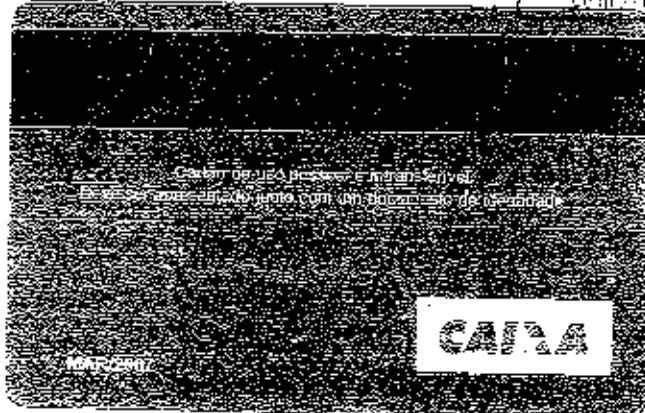


2

SEPARADOR DE SINISTROS
CPAF

DATA: 13/07/2013	Nº: 00000000000000
P.G.: R.P. 216	

Gente Seguradora S.A.
Av. das Paixões, 2.000 Lote 194
Centro - CEP 64001-100



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: RENAVAM: 00587883260 / B.N.I.R.C.: EXERCÍCIO: 2016

OSVALDO SOUSA DA SILVA

CPF / CNPJ: 79613055304 / PLACA: LVO-1827

CHASSI: 9C2KC1670DR512235

ESPECIE/TIPO: PAS/MOTOCICLE/NENHUMA / COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI / ANO FAH: 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 / 3º PAGO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) / IOF (R\$) / PRÉMIO ESPECIAL (R\$) / DATA DE PAGAMENTO
SEGURU PAGO / OBSERVAÇÕES:
A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS MAC HON DA

TERESINA / LOCAL / DATA: 22/06/2015

ESTA É A COPIA DO RENAVAM. DIRETOS CONSEGUIMENTO DETRAN - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV. 2016

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 60001-160

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, C娟OR SUA CARGA A PESSOAS, SEU CONTEÚDO E TRANSPORTADAS DURANTE 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.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016 / DATA EMISSÃO: 22/06/2016

VIA: RENAVAM: 00587883260 / PLACA: LVO-1827

MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI / ANO FAH: 2013 / ANO MOD: 2013

CAP / POT / CIL: 02P/0149CC / CATEGORIA: PARTICU / COR CHASSI: 9C2KC1670DR512235

PRÉMIO TARIFÁRIO
000,00 (R\$) / 000,00 (R\$) / 000,00 (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) / 000,00 (R\$) / 292,01 (R\$)

PAGAMENTO
 COTA ÚNICA / PARCELADO

DATA DE CANCELAMENTO: 21/06/2016

SEGURADORA LÍDER - 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 60001-160



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT**

CONTEÚDO NÃO VULNIFICADO

30 NOV. 2016

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-100

NOME DO PACIENTE: Graucho Sauer 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”.

OLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: OSVALDO SOUSA DA SILVA		Prontuário: 21742	
MARIA PEREIRA DA S. SILVA	Pai: ANTONIO NUNES DA SILVA		
Resid.: QD 23 CG 22 RES. ARVORES VERDESA - LS QUIM TEM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Endereço: 23/12/1970	Idade: 45a:10m:8d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99465-4709
Responsável: SEBASTIANA		CNS: 898003421619435	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
Profissão: PEDREIRO		Documento: CPF: 796.130.553-64	CONTENDO NAO VERIFICADO
Instituição: Médio Completo		E.Civil: Casado(a)	30 NOV. 2016
Ind. Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 572648	Data: 01/10/2016 14:13:13	Condução: MOTOQUEIRO TO 007	Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 sala 104 Centro - CEP 64001-000
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convenio: S 0 9	
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Tipico: Não	CID Secundario: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: ALGAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor leve recente	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Verde
			Profissional Clas. Risco:

Histórico:

ACIDENTE DE MOTO, FESTA USO DE CAPACETE BINÁRIO DE FRATURA EM MOL. FEM. L-5	FLAVIA MARIA DA SILVA ANDRADE CORON 155813 PI Em: 01/10/2016 14:19:32
---	---

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)

*Agosto Perneira
fazendo pollo lateral
fazendo círculo
fazendo pollo lateral*

L:	X:	RR/Mg	Pulso:	FC: bpm	Tempo: °C
Frequência inicial:					

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

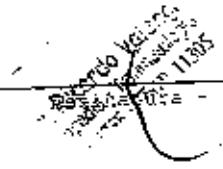
ponto fogo tipo

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		Na Internação, Indique o Procedimento e CID	
		Procedimento: 0408050578	CID:
DATA: / /		HORA: : :	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		Na Internação, Indique o Procedimento e CID	
		Procedimento: 0408050578	CID:
DATA: / /		HORA: : :	

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico





**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA**

PRESCRIÇÃO MÉDICA



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fis. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03/30/2016

NOME DO PACIENTE:	Edvaldo Souza da Silva	BRONTEARIO N°: 25742
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Dra Lenira	Nº DA SALA: 05
CIRURGÃO:	Dra Júmara	CPF N°:
AUXILIAR:		CPF N°:
ANESTESIA:	Raque	CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	Francisco Lima	CPF N°:
		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.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA N° 6,5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° 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 N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° 200	UNID.	01		curon			Re. 08
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA detrodos		UNID.	05
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
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: Inez			
PROLENE							

04/10/2016
Atendida: Dra. Ana Paula
Medicamento: 6500
Série: 125
conferida com Organizaç



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)

Anestesic(a)

Data da Operação

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante à Operação

Dr. JAMISON
Ortopedia
Cirurgia de Coluna
Tutor: Dr. J. L. P. Júnior

1º Assinante

3º Assinante

Anestesiista

Anestesia

Inicio

Fim

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
Assistente: Patrícia Cunha
Médico: Dr. J. L. P. Júnior
SAC: 0800-730000
Comissão com Orgânicas

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

- ① Paciente em dclb sob ragaiva, feria
② Fissuras Assessas Colocação de sengen
③ Fissura lateral + 15cm
④ Desespero plaus
⑤ Veliugos avulsos
⑥ Protrusão Y Placa 3,3 cm e
masculino
⑦ Covadas hincas

Dr. Jamison
Ortopedia
Cirurgia de Coluna

Dr. Edimar

CLÍNICA MACHADO

Convenções aceitas

RECEITUÁRIO

Internação médica

Desconheço que o sr.
osvaldo Soeira se lida, foi vítima
de veiculação de espirito, fôto ocorrido
01.10.16, tendo sofrido forte trauma
sua forma direita, resultando em
fusão da porenó atrial na ziba
E fibela l, ouro foi removido cirur-
gicamente através de procedimento
com pinos de ferro, e fôto moto-
rizar, conseguindo com a
terapia, com alta de fibras
com compreensão funcio-
nal de 90%

05.01.17

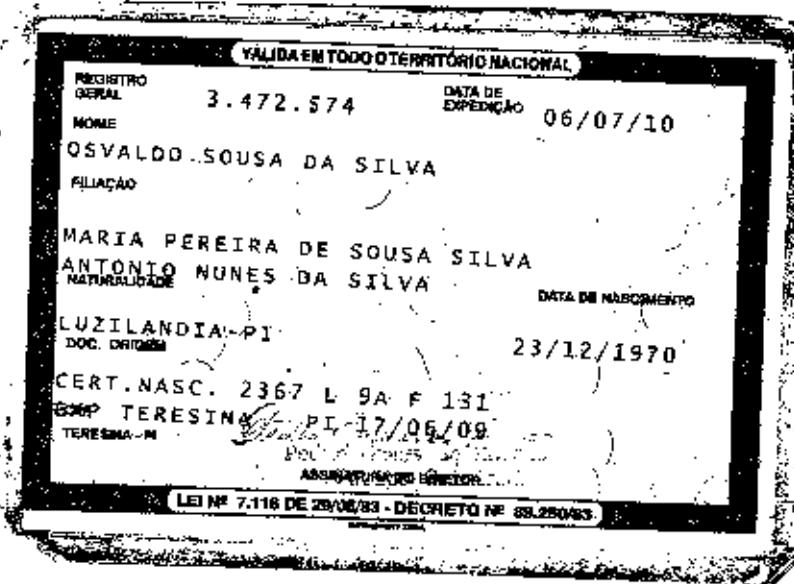
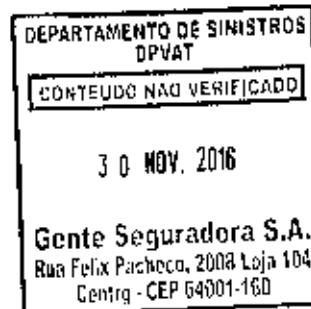
Eduardo

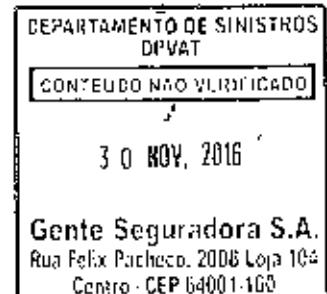
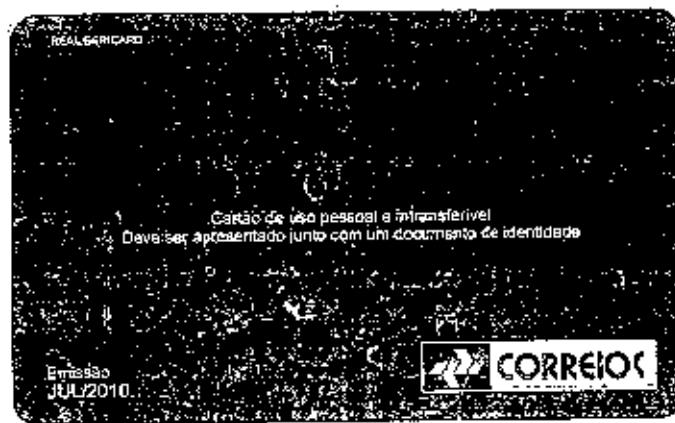
Dr. Edimar Machado da Silveira
CL. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1554-P1 - CRM: 2680-MA
9903-0529/9532-1987/8827-3726

Residencial Tropical Park

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









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

654 v. 1.0



Documentos de comprovação

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.003719/2016-36

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 05/10/2016 - 11:16

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

320577

Data/Hora

01/10/2016 - 13:00

Bairro

VALE DO GAVIÃO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: OSVALDO SOUSA DA SILVA

RG: 3472574SSPPI

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

Mãe: MARIA PÉREIRA DE SOUSA SILVA

Endereço: RUA PROJETADA, Nº 4565

Bairro: SATELITE

Cidade: TÉRESINA

Telefone(s): 86-9465-4078

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 N°21742.. O VEÍCULO -I FICOU DANIFICADO. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA

Osvaldo Sousa da Silva
OSVALDO SOUSA DA SILVA - Noticiante

Responsável pela Informação

CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES
Delegado de Polícia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

30 NOV. 2016

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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO / SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

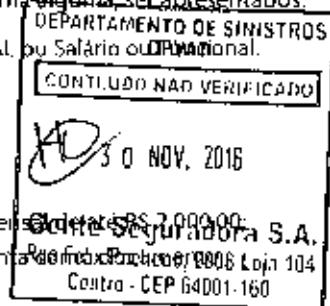
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Olívaldo Souza da Silva
 PORTADOR(A) DO RG N° **3.670.574** EXPEDIDO POR **SSP/SP** EM **06/01/2010** F
 CPF **759.630.553-00** /CNPJ **00.000.000.000-00**, PROFISSÃO **Recepcionista**
 E RENDA MENSAL DE R\$ **Recebido**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **Olívaldo Souza da Silva**. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(¹) 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 abaixo relacionados **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 POUpançal.
- 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\$ 7.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta de crédito/ Poupança/0006 Loja 104 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 **XX** Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **XX** Nº da CONTA (com dígito, se existir) **XX**

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

Nº do BANCO **XX** Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **XX** Nº da CONTA (com dígito, se existir) **XX**

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

Terceiro dia 08 de Novembro de 2016 Olívaldo Souza da 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. JOQUET CLUBE
DATA: 07/11/2016 HORA: 09:34:23
TERMINAL: 085518450026 CONNROLE: 085518450026

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

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

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

DATA	VALOR
01/11	000000
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012	
DATA	VALOR
01/11	000000

MOVIMENTAÇÃO
DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR 000000

Novembro

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

RESUMO EM 04/11

SALDO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV. 2016

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV. 2016

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

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONÍVEL

SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Duvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

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