



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dr. José Altair Rodrigues Neto

OAB/PI nº 5.009

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

Antonio Francisco Torres
Brasileiro, RG Nº 239.227.72-4 - SSP/PI
CPF Nº 226-173-58-64, Residente e Domiciliado
à Rua - Vicente Pinto de Aguiar, Nº 1281,
Bairro - Dineu Mendes, no Município do
Novo Oriente do Piauí-PI, CEP 64.530.000.

OUTORGADO: JOSÉ ALTAIR RODRIGUES NETO, brasileiro, casado, advogado, Carteira de Identidade nº 1.864.369 - SSP/PI, CPF nº 878.204.393-00, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 5.009, com endereço profissional situado à Rua Coelho Rodrigues, nº 463, 1º Andar, Sala 01, Centro, Picos - PI, CEP 64.600-054.

Através do presente instrumento particular de mandato, o(a) OUTORGANTE nomeia e constitui como seu bastante procurador o OUTORGADO, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105, do Novo Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, conferindo poderes especiais ainda para poder requerer a gratuidade da justiça, nos termos do artigo 98, § 1º, também do Novo Código de Processo Civil, com fim específico de propor AÇÃO ORDINÁRIA PREVIDENCIÁRIA em face do INSS - Instituto Nacional do Seguro Social perante a Justiça Federal da Seção Judiciária do estado do Piauí - PI.

Picos (PI), 17, de Julho de 2018.

ANTÔNIO FRANCISCO TORRES
Outorgante

Rua Coelho Rodrigues, 463, 1º Andar, Sala 01 - Centro - CEP. 64.600-054

Picos - PI

Fone: (89) 3422-7442

Celular: (89) 99984-2496

E-mail: advjosealtair@hotmail.com



SEU CODIGO 0343275-0

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

Eletrobras Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
 Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
 CEP: 64.060-740 (0001-89) Insc. Estadual: 19.301.383-5
 Nota fiscal / Cópia de Energia Elétrica - Série B-1
 Página Especial de aprovação autorizada pela SEFAZ Piauí

CONTAS		VENCIMENTO		CONSUMO (kWh)		TOTAL A PAGAR (R\$)	
FEVEREIRO/2018		27/02/2018		78		67,16	

DADOS DA LEITURA

Atual	Anterior	Constante de Multiplicação	Consumo Medido	Consumo Faturado
2105	2027	1,000	78	78

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Atual	Anterior	Produção Leitura	Emissão	Consumo Faturado
20/02/2018	19/01/2018	21/03/2018	16/02/2018	20/02/2018

HISTÓRICO KWh

Mês/ano consumo	JAN/18	FEV/18	MAR/18	ABR/18	MAY/18	JUN/18	JUL/18	AGO/18	SET/18	OCT/18	NOV/18	DEZ/18	JAN/19
Consumo	77	77	94	86	83	82	83	83	83	86	94	77	77

CONSUMO 78 A R\$ 0,733602 = 57,22

MULTA POR ATRASO 01/18-00

JUROS DE MORA 01/18-00

CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP) 01/18-00

CORREÇÃO MONETÁRIA IG 01/18-00

MULTA POR ATRASO 01/18-00

JUROS DE MORA 01/18-00

RESCISÃO DA CONTA

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL

Ligação: MONO

Número Medidor: A342412

Poste: 1.1.1.1

Código Fat: 84

Média 12 meses: 84

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 15 10 15 20 25

Pandemia! Até o dia 16/02/2018, não constamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

5F02, DF36, 586D, EA16, C911, DF04, C669, FE83

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição	Energia	Transmissão	Encargos	Tributos
12,34	23,47	3,69	3,74	13,98

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Base de Cálculo	Alíquota ICM	Valor do ICM	Valor do PIS	Valor do COFINS
57,22	20,00%	11,44	0,45	2,09

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição	Energia	Transmissão	Encargos	Tributos
12,34	23,47	3,69	3,74	13,98

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Base de Cálculo	Alíquota ICM	Valor do ICM	Valor do PIS	Valor do COFINS
57,22	20,00%	11,44	0,45	2,09

RESERVADO AO FISCO

5F02, DF36, 586D, EA16, C911, DF04, C669, FE83

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição	Energia	Transmissão	Encargos	Tributos
12,34	23,47	3,69	3,74	13,98

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Base de Cálculo	Alíquota ICM	Valor do ICM	Valor do PIS	Valor do COFINS
57,22	20,00%	11,44	0,45	2,09



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 199740.000059/2016-11

Unidade Policial: DELEGACIA DE POLÍCIA DE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: José De Oliveira Araújo

Data/Hora: 15/05/2016 - 16:06

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE POLÍCIA DE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ

Data/Hora

06/01/2016 - 00:20

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

NOVO ORIENTE DO PIAUÍ

Bairro

PREJUDICADO

Endereço

RUA VICENTE PINTO DE AGUIAR, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

CRAS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO FRANCISCO TORRES

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

CPF: 07724 SSP SP

Mãe: ANA CELIA DA CONCEIÇÃO

Pai: LUIS BANDEIRA TORRES

Endereço: RUA VICENTE PINTO DE AGUIAR BAIRRO DIRCEU MENDES, Nº 1285

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: NOVO SANTO ANTÔNIO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA 125 FAN

2010 NIR9126

9C2JC4110AR724517

00259200085

Vermelha

Condutor: ANTONIO FRANCISCO TORRES

End: RUA VICENTE PINTO DE AGUIAR Número: 1281 Complemento:

Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ UF: PI Bairro: PREJUDICADO

Proprietário: ANA CELIA DA CONCEIÇÃO TORRES

NOVO ORIENTE DO PIAUÍ UF: PI Bairro: PREJUDICADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL QUE, DIA HORA ACIMA MENCIONADO CONDUZIA A REFERIDA MOTO QUE ESTA LICENCIADA EM NOME DE ANA CELIA DA CONCEIÇÃO TORRES. QUANDO JA CHEGANDO PERTO DE CASA UNS CACHORROS ATRAVESSARAM NA FRENTE DA MOTO QUE AO DESVIAR DOS MESMOS BATEU O PNEU DIANTEIRO NA GUIA DO MEIO FIO PERDENDO O CONTROLE DA MESMA CAINDO AO SOLO SENDO QUE A REFERIDA MOTO CAIU POR CIMA DA PERNA DIREITA ONDE TEVE ALGUMAS FRATURA SEGUNDO O LAUDO MEDICO, ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

José De Oliveira Araújo - Mat. 0091740
AGENTE DE POLÍCIA

Antonio Francisco Torres
ANTONIO FRANCISCO TORRES - Noticiante
Responsável pela Informação

WALTER PEREIRA DA CUNHA JÚNIOR

Delegado de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 199740.000059/2016-11

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





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2016

Carta nº: 9974481

A/C: ANTONIO FRANCISCO TORRES

Sinistro: 3160639428 ASL-1112914/16
Vítima: ANTONIO FRANCISCO TORRES
Data Acidente: 06/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GENIVALDO SOARES TORRES

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: ANTONIO FRANCISCO TORRES

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 237

Agência: 000000413-8

Conta: 000000210429-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a Indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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

Pag. 01121/01122 - carta_15R

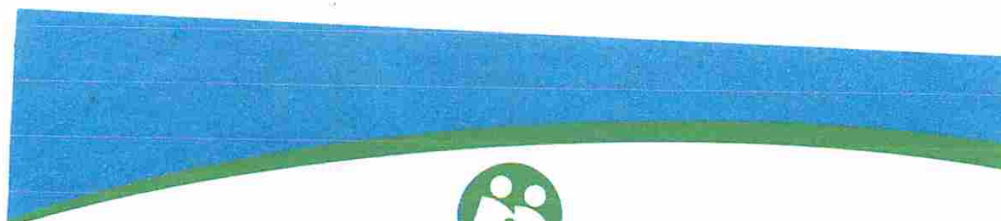


20/04/2014 10:00:00

20/04/2014 10:00:00

20/04/2014 10:00:00

20/04/2014 10:00:00



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

Paciente: ANTONIO FRANCISCO TORRES
Nascimento: 24/07/1970

Laudo Médico

Atesto que paciente apresenta patologia classificada pelo CID-10 M866, caracterizando osteomielite crônica de tibia direita, evolui com dor e limitação funcional crônica, pleiteia afastamento do trabalho que demande médios e grandes esforços por tempo indeterminado. Encaminho à Perícia Médica do INSS para avaliação.

Teresina, 04/04/2016

Dr. GLAUSON TUQUARRE NASCIMENTO
CRM 2775

[Handwritten signature]
Dr. Glauson Tuquarre Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM nº 2775 / RRT 20804

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.060-000
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • www.neoclinica.br



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

Laudo Médico

Atesto que Antonio
Francisco Tones é portador
de patologia classificada pelo
CID-10: M866 / M842 / M245.
Necessita afastamento do Traba-
lho que demande esforços e gran-
des esforços por período indetermin-
ado. Encaminho a Perícia
Médica do INSS.

11/04/17

Dr. Glauco Paschoa
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2775 / TECT 10604

Clinica Médica • Cardiologia • Cirurgia Geral • Ginecologia • Obstetrícia • Gastroenterologia • Proctologia
Urologia • Ortopedia • Oftalmologia • Fonoaudiologia • Dermatologia • Otorrinolaringologia • Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330
Fones: (86) 3131-6666 / 98836-6174 / 98855-6176 / Fax: (86) 3221-6174
www.neoclinica.net.br



CLÍNICA

Antonio Bomfim

TECNOLOGIA A SERVIÇO DA VIDA

6
Autismo Tre Tronç
Mantado

Atendo para a dúvida que
que o pessoal está quer
potência de tida em fada
de consolidação

Ps e potência de tida em
consolidação

Necessidade de 051 nota
mes de qualidade de vida

(11) 55822

27/05/10

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone (89) 3465-1201 - Valença do Piauí - PI
e-mail: clinicaantonibomfim@hotmail.com



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

Aferido médico

Aferido que Antonio Francisco
do Torres, vítima de acidente de
Trânsito, apresenta fratura de tí-
bia direita. Em consolidação viável,
apresenta limitação funcional
em perna direita de 60%.

03
10
16

CAD-10: S822/M840

Dr. Glauson Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2775 / TEOT 10604

Clinica Médica • Cardiologia • Cirurgia Geral • Ginecologia • Obstetrícia • Gastroenterologia • Proctologia
Urologia • Ortopedia • Oftalmologia • Fonoaudiologia • Dermatologia • Otorrinolaringologia • Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330
Fones: (86) 3131-6666 / 98836-6174 / 98855-6176 / Fax: (86) 3221-6174
www.neoclinica.net.br

Nome: ANTONIO FRANCISCO TORRES

Requisitante: PLINIO LEAL

Data: 04/04/2016

Nº.: 48382

EXAME: RX DA PERNA DIREITA (02 INC)

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese fixando fratura cominutiva do terço médio da diáfise da tíbia.
- Fratura oblíqua completa com sinais de cavalgamento ósseo, no terço proximal da fíbula.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO

CRM: 3255

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax: (89) 3465-1201 - Valença do Piauí



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Antonio Francisco Gomes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 387243

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: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

233
HISTÓRIA FEITA EM
TERESINA, PI 06/01/16 SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	ANTONIO FRANCISCO TORRES	Prontuário:	387243
Mãe:	ANTONIA MARIA DA CONCEICAO	Pai:	LUIS BANDEIRA TORRES
End.Resid.:	RUA VITORIA RUFINO - CENTRO - NOVO ORIENTE DO PIAUI - PI - CEP: 64530-000		
Nascimento:	24/07/1970	Idade:	45a:6m:13d
Sexo:	Masculino	Fone:	89-99979-9226
Responsável:	ANA CELIA DA CONCEICAO TORRES	CNS:	898000722167425
Profissão:	AUTONOMO	Documento:	CPF: 116.173.258-64
G. Instrução:	Fundamental Completo	E.Civil:	Casado(A)
End.Local.:	-		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	516159	Data:	06/01/2016 03:10:10	Condução:	AMBULANCIA HOSPITAL DE URGENCIA
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
d.Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Tipico:	Não
CID Secundario:	V299				

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa	ORTOPEDIA	Laranja
Breve História:	NÃO HÁ HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS, NEM DE USO DE MEDICAMENTOS.		
		Ass.Profissional Acolhimento:	

DADOS CLÍNICOS:	(Hora: :)
Paciente com dor intensa no membro superior direito, com início súbito, sem trauma aparente.	
PA: mmHg	Pulso: bpm
Temp.: °C	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:
Prescrição: Analgésico 10 mg

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:
DATA: / / HORA: : : Assinatura - Profissional Médico

Ana Celia da C. Torres
Assinatura Paciente ou Responsável



233 / 239

[illegible]



Município de Novo Oriente do Piauí
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital de Pequeno Porte - HPP



RECEITUÁRIO

NOME: SENHA: 201601060004
(HUT)

Antônio Francisco Torres

24 / 7 / 1970

Paciente vítima de acidente
motorístico, com trauma em
perna Direita, com fratura
exposta de tíbia e fíbula.
Estabilizado membro inferior com
tala e gesso imobilizado.
Medicações: Dolorante.

6, 1, 10

Dr. Raphael Melo
MÉDICO
CRM-PI 5192
Médico / CRM
Carimbo

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS-OPERATÓRIO - SRPA

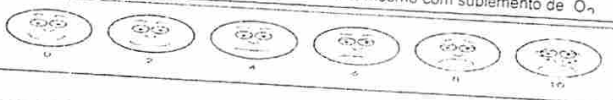
NOME DO PACIENTE: Francisco Gomes IDADE: 65 anos DATA: 06/01/2011
 HORA DE ADMISSÃO: 05 hs 24 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL
 CIRURGIA REALIZADA: Prost. Externa Tibio D

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	CIRURGIÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>121/71</u>			<u>119/65</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>94</u>			<u>81</u>
SATURÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>			<u>98</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)				
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)				
NOME/MATRÍCULA	<u>Andréia</u>			

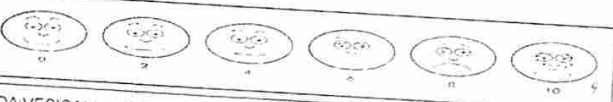
ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	ADMISSÃO	SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2	2
Movimenta dois membros	1	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1
Tem apnéia	0	0
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2
Desperta, se solicitado	1	1
Não responde	0	0
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

ASS.

09

Gr. 6/10
26/02/11

POSITIVOS () Sonda Vesical () Sonda Naso / Oro () Dreno de Sucção () Colostomia () Dreno Torácico () DVE () Outros
 OBSERVAÇÃO: VOLUME / ASPECTO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SRPA em POI por Prost. Externa de Tibio D.
 sob cuidados de enfermeira capax. Condição orientada, calma, sem queixas
 respiratórias, sonda F.O. simples, sonda + drenagem urinária. PVP em ABGE, 4V
 em curso. Prof. Gilmara
 26/01/11

08:35 BCG e encaminhado ao Rx e exames.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

[] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] QORT [] NEU [] CIR [] IMED

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA



Orgão Emissor: H221100001

AIH : 221610013986-9

UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

NASCIMENTO

24/07/1970

DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTOR
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ANTONIO FRANCISCO TORRES

D.LIBERA: 24/02/2016

DT. LAUDO: 31/01/2016

PROCED.: 0308010043 TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MULTIPLAS

OP.SIST: WELLINGTON

CID: T039

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

4-CNES

5828856

155626

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA -

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO FRANCISCO TORRES

6 - Prontuário: 387243

7-CNS: 898000722167425

8-Nascimento: 24/07/1970

9-Sexo: Masculino

CPF: 116.173.258-64

1-Mãe: ANTONIA MARIA DA CONCEICAO

12-Pone: 89-99979-9226

13-Resp: ANA CELIA DA CONCEICAO TORRES

14-Cor: Parda

15-Ende: RUA VITORIA RUFINO - CENTRO - CEP: 64530-000

16-Munic: NOVO ORIENTE DO PIAUI

17-Cod.IBGE: 220690

18-UF: PI

19-CEP: 64530-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

SOFREU TRAUMA POR ACIDENTE DE MOTO. COM LESOES GRAVES EM MID JÁ TENDO SIDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO.

21 - Condições que justificam a internação:

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CLINICO

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass

Luxações, entorses e distensões múltiplas, não especificadas

T039

PROCEDIMENTO SOLICITADO

-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0308010043

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MULTIPLAS REGIOES DO CORPO

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

967.391.423-00

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

NAGELE DE SOUSA LIMA

31/01/2016

35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (DORA)

Consulta Local: 516159

Consulta SUS:

24/02/2016 09:38:5



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO					
centro cirúrgico					
Nome do Paciente <i>Antônio Carlos Torres</i>					
Diagnóstico pré-operatório <i>Pseudo tumor testicular</i>					
Operação - Tipo <i>prostatectomia</i>					
Cirurgião	<i>Dr. Ricardo Valença</i> Ortopedia - Traumatologia CRM-7764 - TEST-11305	1º Assinante			
2º Assinante		3º Assinante			
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia			
Anestésico(a)					
Data da Operação	<i>06/01/16</i>	Início	Fim		
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório Imediato do Patologista					
<i>Orientado para o lado esquerdo do lobo</i>					
Acidente Durante a Operação					
DESCRição DA OPERAÇÃO					
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)					
<i>Ponto de entrada no abdômen</i> <i>ortótopia com e sem</i> <i>cama com + drenagem</i> <i>redução do peso - pro</i> <i>e + Análise 2 unidades</i>					
<i>[Assinatura]</i>					

MOD. 76 - HUT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FRANCISCO TORRES** (Prontuário: 387243)
Endereço: RUA VITORIA RUFINO - CENTRO - NOVO ORIENTE DO PIAUI - PI CEP: 64530-000
Nascimento: 24/07/1970 Idade: 45a:8m:21d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 151814
Requisição: 597585 Solicitação: 06/01/2016 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 751773 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 233 LEITO 236

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 06/01/2016

PERNA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas recentes alinhadas na diáfise dos ossos da perna.
- Fixador externo na tíbia.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/03/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados 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 Genivaldo Soares Torres, portador(a) do RG nº 1.100.518, expedido por SSP-PI, em ____/____/____, CPF/CNPJ nº 395.162.613.53,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Antônio Francisco Torres do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Antônio Francisco Torres conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ 600,00

Documentos comprobatórios: _____

Genivaldo Soares Torres
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antônio Francisco Corrêas, portador da carteira de identidade nº 23.922.772-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº 116.173.258-69, residente e domiciliado na Rua Vicente Pinto de Aguiar Le Dircen Mendes Cidade Novo Oriente Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

x Antônio Francisco Corrêas

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Novo Oriente do Piauí - 11-10-2016
Local e data

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Antônio Francisco Borges
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: solteiro
Profissão: autônomo
Identidade: 23.922.772-4 CPF: 116.173.258-69
Endereço: Rua Vicente Pinto de Aguiar Bairro: Dois mundos
Cidade: Novo Oriente do Piauí-PI CEP: 64.530-000

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Genivaldo Soares Borges
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: solteiro
Profissão: autônomo
Identidade: 1.100.518 CPF: 395.162.613-53
Endereço: Rua 15 de Novembro Bairro: Centro
Cidade: Novo Oriente do Piauí-PI CEP: 64.530-000

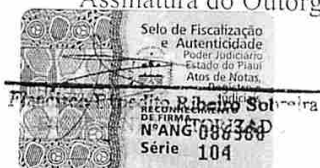
Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

Novo Oriente - PI, 07 de Outubro de 2016.

Antônio Francisco Borges
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

CARTÓRIO ÚNICO SOCORRO SOBREIRA
Novo Oriente do Piauí-PI - Comarca de Valença do Piauí/PI
Reconheço por autenticidade a(s) Firma (s) de Antônio Francisco Borges.

Novo Oriente do Piauí-PI.

07/10/2016
200 07.10.2016
Francisco Expedito Ribeiro Sobreira
ESCREVENTE AUTORIZADO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Francisco Torres

RG nº 23.922.772-4 data de expedição 28/04/2016 Órgão SSP/SP

CPF nº 136.173.258-64 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Vicente Pinto de Aguiar</u>
Número	<u>1281</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Dirceu Mendes</u>
Cidade	<u>Novo Oriente do Piauí</u>
Estado	<u>PI</u>
CEP	<u>64.530-000</u>
Telefone de Contato (89)	<u>3475-1250 189/99921-1789</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Novo Oriente do Piauí - PI 10-10-2016

Assinatura do Declarante: ANTÔNIO FRANCISCO TORRES

Seguro DPVAT - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antônio Francisco Gomes

DATA DO ACIDENTE 06-01-2016 CPF DA VÍTIMA 116.173.258-64

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (VÍTIMA) () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Vinte e Nove de Abril

Nº 1284 COMPLEMENTO

CIDADE Novo Oriente UF PI CEP 64.530-000

E-MAIL

TELEFONE (89) 3475-1250

(89) 9993-1789

MARQUE EM CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE - R\$ 11.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANTIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 11-10-2016

IDENTIDADE 23.922.772-4

ASSINATURA ANTÔNIO FRANCISCO GOMES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Ana Célia da Conceição Torres,
RG nº 1.877.697, data de expedição 11/06/15, Órgão SSP-PI
portador do CPF nº 929.363.563-00, com domicílio na cidade de
Novo Oriente do Piauí, no Estado de Piauí - PI,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Vitória Rufino
bairro Centro, nº 511, complemento _____,
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Antônio
Francisco Torres, cujo o condutor no momento do
acidente era Antônio Francisco Torres.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda CG 125 Fm KG
Ano: 2010
Placa: NJR 9126
Chassi: 9C2JC4110AR724517
Data do Acidente: 06/10/2016

Local e Data: Novo Oriente do Piauí - PI - 07-10-2016

Ana Célia da Conceição Torres
(Assinatura do Declarante)

ANTÔNIO FRANCISCO TORRES
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO ÚNICO SOCORRO SOBREIRA
Novo Oriente do Piauí-PI - Comarca de Valença do Piauí-PI
Reconheço por autenticidade a(s) Firma (s) de Ana
Célia da Conceição
Torres

_____, Dou fé.
Novo Oriente do Piauí-PI.

07/10/2016

Jacilia Leão
ESCREVENTE AUTORIZADO



Reconheço a autenticidade da assinatura em cartório por autenticidade

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO 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.

EU, ANTÔNIO FRANCISCO TORRES

PORTADOR(A) DO RG Nº 23.922.772-4 EXPEDIDO POR SSP-SP EM 28/04/2016

CPF 116193258-69 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AUTÔNOMO

E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO

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 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 Funcional.
- 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento 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 de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0413 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0210429-6

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

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

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.

em 09 de ORIENTE, 11 de OUTUBRO de 2016

LOCAL E DATA

ANTÔNIO FRANCISCO TORRES
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 valores prevista na Lei 11.045/2000).