



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dr. José Altair Rodrigues Neto

OAB/PI nº 5.009

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: Antônio Francisco Torres

Brasileiro, RG nº 23.922.772-4 - SSP/PI

CPF nº 116-173-58-64, Residente e Domiciliado
à Rua Vicente Pinto de Aguiar, nº 1281,
Bairro - Dineu Mendes, no Município de
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





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

592 v. 1.0

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

0097224 SSP SP

ANNA CELIA MARIA 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:

1 - HONDA 125 FAN

Ano: Placa: Chassi:

2010 NIR9126 9C2JC4110AR724517

Renavam:

00259200085

Cor:

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: 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 UMA CACHORRO ATRAVESSARAM NA FRENTA 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

Antônio 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

Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2016

Carta n°: 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,

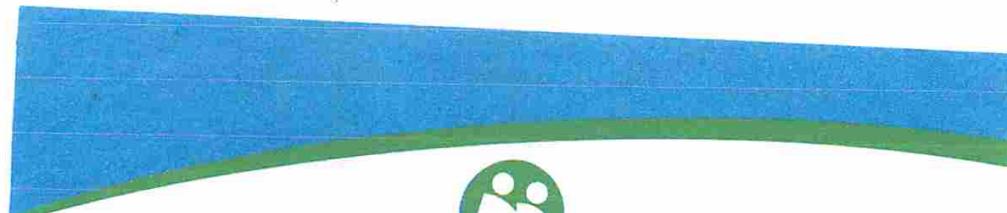
Seguradora Líder-DPVAT



TRANSFORMATIONS

SINDACATO PSSA

ANSWERING QUESTIONS



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

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

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.000-000
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • www.neoclinica.pri.br



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

Lando Médico

Alerta que Antônio
Francisco Torres é portador
de patologia classificada pelo
CID-10: M866 / M842 / M245.
Necessita aportamentos do Traba-
lho que demande médicos e, gera-
lmente que demande períodos indetermina-
dos esperando a perícia
necessária. Encaminhar à
medicina do INSS.

11/04/17

Dr. Gleison Puscedo
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2775 / TECI 10604

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

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



Anderson F. de Faria
Interdele

Anderson f. de Faria
que o presidente da sua opção
já tem de tratar seu fuso
de controlesleep

Ps. E falar a te de
controlesleep
Necessidade de 05 (vinte
vezes de operação de cada)

1525822

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.

Atestado médico

Atesto que Antônio Francisco

de Tavares, vítima de acidente de
Trânsito, apresenta fratura de tri-
me direita. Em consultório viciado,
apresenta limitações funções
em perna direita de 60%.

03/10/16
CID-10: S822/M840

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

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

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-PI • 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
EXAME: RX DA Perna Direita (02 INC)

Nº.: 48382

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese fixando fratura cominutiva do terço médio da diáfise da tíbia.
- Fratura obliqua 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



NOME DO PACIENTE: ANTÔNIO FRANCISCO FERREIRA

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

PIA FEITA EM
PIAUI, PI 05/05/16 SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO FRANCISCO TORRES		Prontuário: 387243
Mãe: ANTONIA MARIA DA CONCEICAO	Pai: LUIS BANDEIRANTE 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.: - - -		

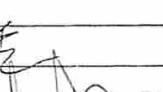
ADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 516159	Data: 06/01/2016 03:10:10	Condução: AUTOMÓVEL - MOTOCICLETA - MOTO	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S US		
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: PACIENTE APRESENTA DOR INTENSA NO PÉ, ESPECIFICAMENTE NA TROCA.		 Marcos Antonio de A. Fonseca Enfermeiro CRF-SP 271028	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: : :)

Phone Name D
or the name of place
nally 

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES

ANO 10 URGENTES
Dr. Ricardo Valente
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT: 1305

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / / . HORA: : . ACIDENTE: _____

Ana Elia da C. Tórras
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura e Professional Medico



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

233 / 239



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



RECEITUÁRIO

NOME: SENHA: 201601060004
(HVT)

Antônio Francisco Torres

24/11/1970

Paciente vítima de acidente
motociclistico, com fratura em
perna Direita, com fratura
exposta de tíbia e fíbula.
Estabilizado membro inferior com
talo e gogo imobilizado
medicamentos: Dolantina

6,1,10

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

Conforme aviso

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS- OPERATÓRIO - SRPA		IDADE _____ anos	DATA 06/10/1201			
DATA DE ADMISSÃO	05 hs 24 min	TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL				
CIRURGIA REALIZADA		Pro. Esporta Tibio D				
SINAIS VITAIS		HORÁRIO				
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	121/71	ADMISSÃO				
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	94	SAÍDA				
SATURAÇÃO DE O2 (%)	98%					
TEMPERATURA AXILAR (O° C)						
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)						
NOME/ MATRÍCULA		Andrea				
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK						
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1	1	1
ESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0	0
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	2
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1	1
	Tem apneia	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1	1
SATURAÇÃO O2	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	0
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	2
ESCALA DE DOR	Desperta, se solicitado	1	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0	0
ADMISSÃO	TOTAL		09		28	
ASS.						
ESCALA DE DOR ALTA						
SOSITIVOS () SONDA VESICAL () SONDA NASO / ORO () DRENO DE SUCÇÃO () COLOSTOMIA () DRENO TORACICO () DVE () OUTROS						
OBSE: VOLUME / ASPECTO						
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:						
<p>Paciente admitido na SRPA em PC1 por Frat. exp. da tibia D. sob efeitos de anestesia nasca. Enviau orientado: frio, com queimaduras extensas em F.O tempo 1 vez e Fracção esterna. PUP em 13E, 4V em curva. Cefal. 6hmarc. 364.023.</p> <p>08:35 BEG e encaminhado ao Rx e enfermaria.</p>						
<p>ALTA SRPA</p> <p>HORARIO</p> <p>ANESTESIOLOGISTA</p>						
<p>INCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []</p> <p>[] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] IMED</p>						



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Antônio Polcino torres</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fractura aberta tibiofibula</i>		
Operação - Tipo <i>Fractura aberta fechada</i>		
Cirurgião <i>Dr. Ricardo Valençoa</i>		
2º Assinante <i>Dr. Ricardo Valençoa Ortopedia - Traumatologia -DM-774 - FENT 11305</i>		
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>06/01/16</i>	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista <i>Fractura aberta tibiofibula abertura de 10cm</i>		
Acidente Durante a Operação		
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento) <i>Revascularização articular osteosíntese aberta e fechada osteosíntese com + distractor rodízio de fêmur - tibia e fibula + tendão + artéria</i>		
<i>Dr. Ricardo Valençoa Ortopedia - Traumatologia -DM-774 - FENT 11305</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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FRANCISCO TORRES** (Prontuário: 387243)
Endereço: RUA VITORIA RUFINO - CENTRO - NOVO ORIENTE DO PIAUÍ - 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 tibia.
- 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 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 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 1/1/2015, CPF/CNPJ nº 395.162.653-53, 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 e 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 Torres, portador da carteira de identidade nº 13.922.772-4 e inscrito no CPF/MF sob o nº 156.173.258-69, residente e domiciliado na Rua Vicente Pinto de Aguiar 6, Bairro Mundaú, 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 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Antônio Francisco Torres

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Antônio Francisco Torres
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: sóltimo
Profissão: autônomo
Identidade: 23.922.772-4 CPF: 336.573.258-64
Endereço: Rua Vicente Rinto de Alquim Bairro: Dez de Maio
Cidade: Novo Oriente do Piauí - PI CEP: 64.530-000

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Genivaldo Soares Torres
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: sóltimo
Profissão: autônomo
Identidade: 3.100.538 CPF: 395.562.613-53
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 representante 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,

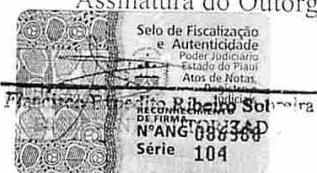
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, fui-me e constitui meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo 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 Torres

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 Torres.

, Dou fé.

Novo Oriente do Piauí - PI.

07/10/2016 Francisco Expedito Ribeiro Sobreira
ESCREVENTE AUTORIZADO

75

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Francisco Torres,
RG nº 23.922.772-4, data de expedição 28/04/2010 Órgão SSP/SP,

CPF nº 116.173.258-64 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	<u>(89) 3475-1250 / 89/99921-1789</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

- IDENTIFICAÇÃO

Vítima Antônio Francisco SoárezDATA DO ACIDENTE 06-01-2016 CPF DA VÍTIMA 16.173.258-64

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM

A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR Rua Vidente Pinto, 26, RosárioNº 1281 COMPLEMENTO Centro BAIRRO 29 de FevereiroCIDADE Novo Hamburgo UF RS CEP 94.530-000

E-MAIL _____

TELEFONE (89) 3475-1250 189999321789MARQUE PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADE E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IMPL. (CÓPIA AUTENTICADE E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMPL. DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMPL. (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA LAUTA DEFINITIVA
- 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)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)
- OSS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA (ENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 11.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTAS NA LEI 6.947A.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.000,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 11-10-2016 RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODAM

IDENTIDADE 23.922.772-4 DATA _____

NOME _____

ASSINATURA ANTÔNIO FRANCISCO SOÁREZ ASSINATURA _____

CÍCO TORRES

Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Ana Lília da Conceição Torres,
RG nº 3.877.697, data de expedição 11/06/15, Órgão SSP-PI
portador do CPF nº 929.365.563-00, 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 51/Nº, 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: Moto e i ele

Modelo: Honda CG 125 FAN KG

Ano: 2010

Placa: NJR 9126

Chassi: 9C2JC41104R724517

Data do Acidente: 06/03/2016

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

Ana Lília 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

Lília da Conceição

Torres Dou fé.

Novo Oriente do Piauí-PI

07/10/2016 Antônio Francisco

Jacília Leôncio mesma da assinatura em cartório por autenticidade

ESCREVENTE AUTORIZADO





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, ANTONIO FRANCISCO TORRES, PORTADOR(A) DO RG Nº 23.972.772-4 EXPEDIDO POR SSP-SP EM 28/04/2010, CPF 111.617.375-864 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO AUTONÔMO 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 aparecem 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 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.

ovo ORIENTEPI 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 ressarcimento da lei 11.905/2009).