

Declaração do proprietário do veículo

Eu, Adriano de Souza Barbosa

RG nº 2297998, data de expedição 35/03/2016

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº.

023.418.823-58, com domicilio na cidade.

De Teresina no Estado de Piauí

Onde resido na (Rua / Avenida / Estrada)

Ad. 303 ex. 17. Virum Arcordum

_____, 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

Valdivia Comes sales

Era Valdineere Gomes Sales

Veículo: *Motorcycle*

Modelo: Honda / CG 160 Fair 650i

Ano: 2015 / 2016

Placa: P J G - 1709

Chassi: 9C2KC2200GR306 727

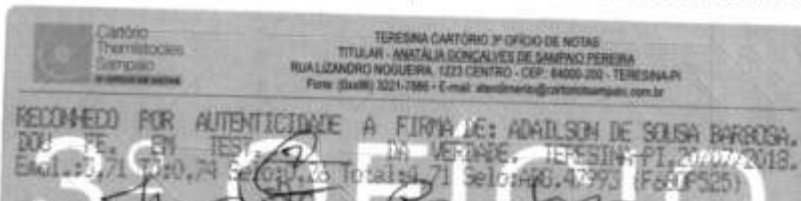
Data do acidente: 22.04.2018

Local e Data: Terreiros - Pádua 20.07.2018

Assinatura do Declarante

x Adairon de Sover Barbesen.

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima Reclamante do sinistro)





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA



NOME DO PACIENTE: Valdirene Gomes Sales

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 418287

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 3218 5445

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

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 22/04/2018 11:28:46

(User: HELENILSA)

(Estação: ACCR01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: VALDIRENE GOMES SALES		Prontuário: 418287
Mãe: MARIA DAS DORES GOMES		Pai: ANTONIO DIOGO DE SALES
End.Resid.: RUA 18 N 4120 MANOEL EVANGELISTA - NOVO HORIZONTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 01/01/1980	Idade: 38a:3m:21d	Sexo: Feminino Fone: 86-99921-6480
Responsável: BRUNA	CNS: 706700576670313	
Profissão: BALCONISTA	Documento: CPF: 855.238.013-72	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 661409	Data: 22/04/2018 11:23:44	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CLÍNICO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA APRESENTANDO TRAUMA FECHADA NA TÍBIA DIREITA P:65 PA:130X90			Profissional Clas. Risco: HELENILSA CAVALHO DE SOUSA COREN 307586 Em: 22/04/2018 11:28:45

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)			
<i>Queixa de dor com punção em MTD</i> <i>Dor HE ou punção abdominal</i> <i>At S/dano = fratura fechada tibia</i>			
PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial: <i>fratura</i>			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	
<i>11:45</i> <i>Não realizado</i> <i>fratura</i> <i>fratura</i> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO	
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	
DATA: ____/____/____	PROCEDIMENTO: <i>6040551</i> <i>582.1</i>
CID:	

Bruna Araújo de Sousa

Assinatura Paciente ou Responsável

Juliano Fernandes de Sousa

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TEOT 12409

Luciana Julya de Oliveira

Ma
de

U

704	ENF. 00 APT.	1.1
-----	--------------	-----

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

Futuro prevalência de fibrose (D)

HORÁRIO

100

120

1

1

1

1

1

1

1

VO

1

2

1

1

1

Chungto Day

7

Dr. Elina M. ...
Ortopedia y Traumatología
C-102

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
24 JUL. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Rio de Janeiro, RJ 20040-000



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Valeirney Gomes Sales

Diagnóstico pré-operatório

Fra. platô + diáfr. de fíb. obl.

Operação - Tipo

Osteomíto

Cirurgião

Dr. Flávio Antônio S. Coutinho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-11112

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

23/04/2018

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Raquiemesia, 2DA, onefio, opul suprio,
campo, inchos gitero medio, proximal,
disto, RAFT e placa DCP 4.5mm estreito,
modelar + porofuro, sutura por placas
e curaturo.

Dr. Flávio Antônio S. Coutinho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-11112



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS**Fundação Municipal de Saúde**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

1391

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23/04/2019

NOME DO PACIENTE: <u>Waldirene Gomes Sales</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>418292</u>
DIAGNÓSTICO: <u>frat. platô + disj. re</u>	CIRURGIA: <u>Osteomielite</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:

Dr. Paulo Roberto de Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1402

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 8-0	PAR	4	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7-1	PAR	4	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	200	
ALCOOL 70%	ML	40		PVPI DE GERMANTECIDOR	ML	1400	
ALGODÃO	BOLA	07		PVPI TÓPICO	ML	1400	
ÁGUA OXIGENADA	ML	1000		PVPI TINTURA	ML	740	
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	06	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	1	
JELCO Nº	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
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	02		CIRCULANTE:			
PROLENE							

3180-339893



Cliente: VALDIRENE GOMES SALES
Convênio: PORTAL SAUDE
Solicitante: Dr. MEDICO NÃO DEFINIDO
Código: 326976.03

Idade: 38 anos
Sexo: FEM
Data: 25/06/2018 11:26:00

R.X PERNA DIREITA

O estudo radiológico com imagem digital FCR de alta resolução, nas incidências ântero-posterior e perfil demonstra:

- Osteossíntese cirúrgica através placa e parafusos metálicos de fratura ao nível da metade superior da tibia direita.
- Restante da estrutura osteoarticular visualizada sem alterações.
- Interlinhas articulares preservadas.
- Partes moles radiologicamente normais.

-Estudo radiológico para controle evolutivo pós-cirúrgico.



Dr. Lívio Parente
CRM 213-PI

Dr. Lívio Parente Filho
CRM 2271-PI



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



ASSINATURA DO TITULAR

0163006

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

1.902.194

DATA DE
EXPEDIÇÃO

09/04/13

NOME

VALDIRENE GOMES SALES

FILIAÇÃO

MARIA DAS DORES GOMES
ANTONIO DIOGO DE SALES

NATURALIDADE

BARRAS-PI

DATA DE NASCIMENTO

01/01/1980

DOC. ORIGEM

CERT.NASC. 24331 L A51 F 43

CPF

EXP MIGUEL ALVES-PI 30/08/07

TERESINA - PI

855.238.013-72

ASSINATURA DO TITULAR
Pedro Gomes de Moraes

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL. 2018

GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Nordeste - CEP: 64.000-000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180339893

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VALDIRENE GOMES SALES

Data do acidente: 22/04/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO E DIÁFISE DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180339893 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIRENE GOMES SALES **Data do acidente:** 22/04/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO E DIÁFISE DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de formas legíveis e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: VALDIRENE GOMES SALES
 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Estado Civil: SOLTEIRA
 Identidade: 1.902.194
 CPF: 855.238.013-72
 Profissão: OPERADORA DE CAIXA
 Endereço: Rua: Karolista 4720 B. urbano
 CEP: _____
 Telefone: (86) 9472-9591 / 8807-7870

OUTORGADO:

Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
 Nacionalidade: Brasileira
 Estado Civil: Solteira
 RG: 2.212.129
 CPF: 839.502.303-00
 Profissão: CORRETOR (A)
 Endereço: RUA: RUI BARBOSA Nº 3814 BAIRRO: PARQUE ALVORADA TERESINA- PIAUI
 CEP: 64.000-090
 Telefone: (86) 99472-9591 / 98807-7870 / 3213-2804

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado Acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradora consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a

Vítima VALDIRENE GOMES SALES

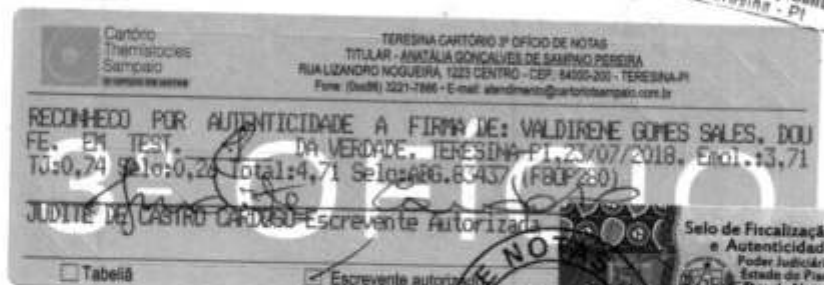
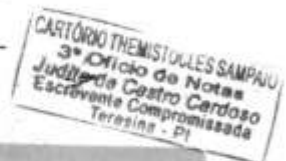
TERESINA 23 JULHO 2018

Local e Data

Valdirene Gomes Sales

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade /verdadeira)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270038/18

Número do Sinistro: 3180339893

Vítima: VALDIRENE GOMES SALES

CPF: 855.238.013-72

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDIRENE GOMES SALES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2018
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2018
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: VALDIRENE GOMES SALES

Nº Sinistro: 3180339893

Vitima: VALDIRENE GOMES SALES

Data do Acidente: 22/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180339893**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13151953



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: VALDIRENE GOMES SALES
Nº Sinistro: 3180339893
Vitima: VALDIRENE GOMES SALES
Data do Acidente: 22/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180339893**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o direito de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, não bloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal". O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

855.238.013-72

Valdirene Gomes Sales

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Valdirene Gomes Sales		CPF titular da conta 855.238.013-72	Profissão Operador de caixa
Endereço Rua: Rodovia		Número 4720	Complemento
Bairro Urbano	Cidade Teresina	Estado Piauí	CEP
Email		Telefone (DDD) (86) 994729591	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL** (104)

AGÊNCIA NRO. 0029	D/V 013	CONTA NRO. 292204	D/V 5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

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

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Ter, Pl. 23 de 04 de 18

Local e Data

+ Valdirene Gomes Sales

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002543/2018-67

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 23/07/2018 - 10:42

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JOAQUIM NELSON, Nº:

Complemento

Data/Hora

22/04/2018 - 10:00

459568

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE I

Ponto de Referência

TERMINAL LIVRAMENTO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: VALDIRENE GOMES SALES

RG: 1902194SSPPI

Mãe: MARIA DAS DORES GOMES

Endereço: RUA 18 MANOEL EVANGELISTA, Nº 4720

Bairro: NOVO HORIZONTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9921-6480

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE INFORMA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA/CG 160 FAN ESDI, COR PRETA, ANO 2015/2016, PLACA PIG-1709, DE PROPRIEDADE DO SR. ADAILSON DE SOUSA BARBOSA, CONFORME DECLARAÇÃO AUTENTICADA E ASSINADA, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE PERDEU O CONTROLE QUE MOTIVOU A QUEDA. A NOTICIANTE/VÍTIMA, FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PRA O HUT. PRONTUARIO DE Nº418287. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA

Valdirene Gomes Sales

VALDIRENE GOMES SALES - Noticiante
Responsável pela Informação



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Valdirene Gomes Sales

CPF da Vítima

855.238.013-72

Data do Acidente

22.04.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Valdirene Gomes Sales

Email

CPF do Representante legal

855.238.013-72

Telefone (DDD)

(86) 99472-9591

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência;
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realizou perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fls. Pi. 23 de 07 de 2018

Local e Data

Valdirene Gomes Sales

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 - Falso chamado		
Tipo de Ocorrência	19 Tipo de ocorrência				
	20 Meio de locomoção				
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança				
Exame Físico	23 Glasgow = 15				
	24 Sinais Vitais				
Assistência	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				
Hospital de Destino	27 Pulso				
	28 Sangramento				
Observações Interdisciplinar	29 Dor				
	30 Fratura				
Responsável pela recepção	31 Procedimentos realizados				
	32 Hospital de Destino				
Socorristas	33 Condições de entrada				
	34 Óbito				
Enfermeiro	35 Observações Interdisciplinar				
	36 Responsável pela recepção				
Condutor	37 Responsável pela recepção				
	38 Responsável pela recepção				

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: 20/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDIRENE GOMES SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000292204-5

Nr. da Autenticação 298380E90B3CE3A7


Eletrobras

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 8334245

VALDIRENE GOMES SALES

R. KADISTA, 4720 , 4720

B-URBANO

64000000 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO 12816027	MÊS 07/2018	PERÍODO DE CONSUMO 13/06/2018 a 11/07/2018
CONSUMO (kWh) 178	VENCIMENTO 18/07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 167,92

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui


Eletrobras

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 12816027	MÊS 07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 167,92
---------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836200000013.679200170000.000000012815.602707180058



SEQ.: 00126 UC: 1305223-3 DT.LEIT.: 12/07/2018 T.ENTR.: 01
LEITURA: 16876 NORMAL TOTAL: 138,43 CARGA: 029
DT.VENC.: 19/07/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2191

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido no número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Gomes da Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Valdirne Gomes Sales inscrito (a) no CPF sob o Nº 855.238.013-72 do sinistro de DPVAT cobertura Furto de veículo da Vítima Valdirne Gomes Sales inscrito (a) no CPF sob o Nº 855.238.013-72 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua: Rui Barbosa</u>		Número <u>384</u>	Complemento
Bairro <u>Pq. Alvorada</u>	Cidade <u>Terexima</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86)994729591</u>

Tha Pi 23 de 07 de 18
Local e Data

Keylly Gomes da Oliveira
Assinatura do Declarante