



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000157/2017-60

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gilberto Lopes Da Silva

Data/Hora: 18/02/2017 - 16:20

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Data/Hora

11/01/2017 - 17:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO



UNIDADE DE VALENÇA DO PIAUÍ PARA A CIDADE DE LAGOA DO SÍTIO, Nº:

Complemento

ANGICO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ BATISTA DOS ANJOS

RG: 53728669

Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO ANJOS

PAI: JOÃO BATISTA DA SILVA

Endereço: RUA MUNDIM FERREIRA, Nº S/N

Complemento: ANGICO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: LAGOA DO SÍTIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 ABR. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Certifico e dou fé, que a presente

Cópia confere com o original.

Valença, 22.02.17

Em test. embaixo da verdade

Tabella Pública

Natureza(s) da Ocorrência

Lesão corporal acidental no trânsito.

OBJETO(S) MATERIAL(IS) ENVOLVIDO(S)

MOTOCICLETA

Cor:

Qtd: 1

Valor: 0,00

Modelo:

Nº Série:

Celma Soares Moura Pimentel

Escrevente Autorizada

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG 150

2010 NIG2174

9C2KC1610AR039626

00206391862

Vermelha

Condutor: JOSÉ BATISTA DOS ANJOS

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro:

Proprietário: MARIA LUZINETE DA SILVA MORAIS

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

AVITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE VALENÇA DO PIAUÍ PARA REGISTRAR OCORRENCIA NO SEGUINTE TEOR: QUE NO DIA HS ACIMA MENCIONADO CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DA CIDADE DE VALENÇA DO PIAUÍ PARA A CIDADE DE LAGOA DO SÍTIO CHEGANDO NA CIDADE AO ENTRAR NUMA RUA DE TERRA SOLTA O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NA PISÇARRA A VITIMA PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E CAIU NO CHÃO SEM TER A CABEÇA POR PERTO CONSEGUIU IR PARA SUA RESIDENCIA DURANTE A NOITE AS DORES DAS LESÕES FORAM SUFICIENTES PARA QUE NO DIA SEGUINTE FOI AO HOSPITAL REGIONAL DE VALENÇA DO PIAUÍ A ONDE TEVE ATENDIMENTO ERA O QUE TINHA A INFORMAR

Gilberto Lopes Da Silva - Mat. 0414808
AGENTE DE POLÍCIA

José Batista dos Anjos
JOSÉ BATISTA DOS ANJOS - Noticiante
Responsável pela Informação

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, JOSE BATISTA DOS ANJOS, portador da carteira de identidade nº 3.728.689 e inscrito no CPF/MF sob o nº 066.675.133-16, residente e domiciliado na RUA MUNDIM FERREIRA S/N, Cidade LAGOA DO SÍTIO, 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.

Jose Batista dos Anjos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

| | |
|-----------------------------------|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS | |
| DPVAT | |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO | |
| 13 ABR. 2017 | |
| GENTE SEGURADORA S.A. | |
| Rua Coelho de Resende, 465 Loja C | |
| Centro - Norte CEP: 64.002470 | |

LAGOA DO SÍTIO PIAUÍ - PI

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, JOÃO BATISTA DOS ANJOS, portador da carteira de identidade nº 3.728.689 e inscrito no CPF/MF sob o nº 066.675.133-16, residente e domiciliado na RUA MUNDIM FERREIRA S/N, Cidade LAGOA DO SÍTIO, 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.

João Batista dos Anjos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

| | |
|---|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT | |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO | |
| 13 ABR. 2017 | |
| GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470 | |

LAGOA DO SÍTIO PIAUÍ - PI

Local e data



Sexo: MASCULINO

SUS

JOSE BATISTA DOS ANJOS

Nasc.: 09/02/1995 Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 3 DIAS Profissão:

CPF: 066.675.133-16 - RG: 3728689 - SUS: 7012080247375

End.: ASSENTAMENTO CANAAN, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: LAGOA DO SÍTIO/PI

Civil:

CEP: 64300

Cor: SEM

Telefone: () -

Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO

Pai: JOAO BATISTA DA SILVA

Clínica: CLÍNICA GERAL

Documento: 5994 - FRANCISCO DE CARVALHO DANTAS FERREIRO

Responsável: JOSE BATISTA DOS ANJOS - O RESMO

Temp: 30°C

Peso: 80Kg

P.A.: 110

Procedimentos

12/01/2017 9:13 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO ME

12/01/2017 9:45 0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: Relata acidente motociclístico em ruas de 12h e companhia com queixa de dor no membro E.

Exame clínico/físico: Edema e dor local

Diagnóstico provável: Rx evidenciar Fratura incompleta e abutida do terço distal do radio E.

Medicação:

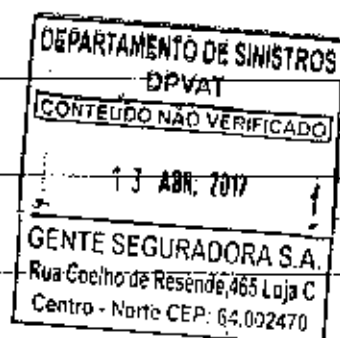
① Solu-acta imobilização com gesso no membro

② Orientação

Procedimentos/exames realizados:

③ Hexametazona 2,5ml 5mg

Ass. Técnico





JOSE BATISTA DOS ANJOS

Nasc.: 09/02/1995 Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 3 DIAS Profissão:

CPF: 066.675.133-16 - RG: 3728689 - SUS: 7012080247375

End.: ASSENTAMENTO CANAAN, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: LAGOA DO SÍTIO/PI

Civil:

CEP: 64300

Cor: SEM

Telefone: () -

Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO

Pai: JOAO BATISTA DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Documento: 5994 - FRANCISCO DE CARVALHO DANTAS FERREIRO

Responsável: JOSE BATISTA DOS ANJOS - O RESMO

Temp: 30°C

Peso: 60Kg

P.A.: 110

Procedimentos

12/01/2017 9:13 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO ME

12/01/2017 9:45 0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: Relata acidente motociclístico em ruas de 12h e companhia com queixa de dor no membro E.

Exame clínico/físico: Edema e dor local

Diagnostico provavel: Rx evidenciam Fraturas incompletas e aberturas do tigo de tal do radio E.

Medicação:

1) Solu-act-a imobilização com gesso no membro

2) Orientações

Procedimentos/exames realizados:

3) Hexametazona 2,5ml 5mg

Ass. Técnico



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: 07/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BATISTA DOS ANJOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 000000004246-7

Nr. da Autenticação 4790BB7C42D908C1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 795 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ nº 04.744.000/0001-69 | Ins. Estadual: 13.241.323-5
Nota Fiscal - Conta de Energia 2.ª via - 5.º ano B-1
Regime Nacional de Impostos autorizado pela SEFAZ/PA/MS

Nº da Nota Fiscal: 000090254

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é concedida
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

JANEIRO/2017

13/01/2017

102

44,70

JOSE BATISTA DOS ANJOS
R. MUNDIM FERREIRA S/N PICARRA B-URBANO

CDE: 00005667512316

CEP: 04.308-000 - LITORAL DO SUL

RO: 123.456.789.012.345

| | | | |
|-----------------------|-------|------------------|------------|
| Atividade: | 7414 | Assinatura: | 08/01/2017 |
| Consumo do Mês (kWh): | 7312 | Próxima Leitura: | 02/12/2016 |
| Consumo Máximo: | 1.000 | Emissão: | 03/02/2017 |
| Consumo Mínimo: | 102 | Assinatura: | 06/01/2017 |

102 ECAN 06/01/2017

Classificação: NORPIA - Número Medidor: 102 - Código de Verificação: 1234567890123456

RECEBIMOS DO DEBÍTO DE R\$ 44,70 - 102 - 06/01/2017

| | | | | |
|--------|----|--------------------------------|---------------------|-------|
| DEZ/16 | 64 | CONSUMO | 30 A R\$ 0,201367 = | 6,04 |
| NOV/16 | 80 | | 70 A R\$ 0,345198 = | 24,16 |
| OUT/16 | 79 | | 2 A R\$ 0,517797 = | 1,03 |
| SET/16 | 87 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | | 5,88 |
| AGO/16 | 82 | DIFERENÇA DE TARIFA | | 28,66 |
| JUL/16 | 71 | SUBVENÇÃO BAIXA RENDA | | 21,59 |
| JUN/16 | 75 | MULTA POR ATRASO 12/16-00 | | 0,47 |
| MAI/16 | 70 | JUROS DE MORA DE IMPO 12/16-00 | | 0,05 |
| ABR/16 | 64 | | | |
| MAR/16 | 76 | | | |

TAXA DE TRIBUTOS

102 - 06/01/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 ABR 2017
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER
CANC. A QUALQUER TEMPO EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO
Parabéns! Até o dia 27/12/2016, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora

| RESUMO DO FISCO | | VALORES A PAGAR | |
|-----------------|--------------------|-----------------------|--------|
| Distribuição | 7505.5172.F0CC.504 | DATF, BSAE, 63FB.E940 | |
| Energia: | 16,37 | Alíquota ICMS: | 59,89 |
| Transmissão: | 20,08 | Valor do ICMS: | 20,00% |
| Encargos: | 2,42 | Valor do PIS: | 11,97 |
| Tributos: | | Valor do COFINS: | |

102 - 06/01/2017

6,87 13,74 27,48 3,60 7,60 15,20 3,97
0,00 0,00 0,00

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 795 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ nº 04.744.000/0001-69 | Ins. Estadual: 13.241.323-5
Nota Fiscal - Conta de Energia 2.ª via - 5º dia B-1
Regime Nacional de Impostos autorizado pela SEFAZ/PA/MS

Nº da Nota Fiscal: 000090254

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é concedida
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

JANEIRO/2017

13/01/2017

102

44,70

JOSE BATISTA DOS ANJOS
R. MUNDIM FERREIRA S/N PICARRA B-URBANO
CDE: 00005667512316

| | | | |
|-----------------------|--------------------|----------------------------|------------|
| CPF: 04.308.000-0 | ENDERÇO DO CLIENTE | RUF: 225.474.04.05.107.000 | |
| Atividade: | | Assinatura: | |
| Anterior: | 7414 | Anterior: | 08/01/2017 |
| Consumo do Mês (kWh): | 7312 | Próxima Leitura: | 02/12/2016 |
| Consumo Máximo: | 1.000 | Emissão: | 03/02/2017 |
| Consumo Mínimo: | 102 | Assinatura: | 06/01/2017 |

| | | |
|------------------|----------|------------|
| 102 | ECAN | 06/01/2017 |
| Classe/Subclasse | NORMA | Norma |
| Número Medidor | Nº 73530 | 1.4.1.1 |

| | | | | |
|---------------------|------|--------------------------------|---------------------|-------|
| DEZ/16 | 64 | CONSUMO | 30 A R\$ 0,201367 = | 6,04 |
| NOV/16 | 80 | | 70 A R\$ 0,345198 = | 24,16 |
| OUT/16 | 79 | | 2 A R\$ 0,517797 = | 1,03 |
| SET/16 | 87 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | | 5,88 |
| AGO/16 | 82 | DIFERENÇA DE TARIFA | | 28,66 |
| JUL/16 | 71 | SUBVENÇÃO BAIXA RENDA | | 21,59 |
| JUN/16 | 75 | MULTA POR ATRASO 12/16-00 | | 0,47 |
| MAI/16 | 70 | JUROS DE MORA DE IMPO 12/16-00 | | 0,05 |
| ABR/16 | 64 | | | |
| MAR/16 | 76 | | | |
| TOTAL DOS TRIBUTOS: | | | | |
| ICMS | 0,00 | | | |
| ITR | 0,00 | | | |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 ABR 2017
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER
CANC. A QUALQUER TEMPO EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
Parabéns! Até o dia 27/12/2016, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESUMO DO FISCO

| | | | |
|--------------------|-------|---------------------|--------|
| 7505.5172.F0CC.504 | | 0428.85AE.63FB.E940 | |
| Distribuição: | | Alíquota ICMS: | 59,89 |
| Energia: | 16,37 | Valor do ICMS: | 20,00% |
| Transmissão: | 20,08 | Valor do PIS: | 11,97 |
| Encargos: | 2,42 | Valor do COFINS: | |
| Tributos: | | | |

6,87 13,74 27,48 3,60 7,60 15,20 3,97
0,00 0,00 0,00



AGESPISA
Agência Brasileira de Previdência

Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.636-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-77
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8836

Fatura Mensal

| Número da Fatura: 1735348-3 | | Número do Contrato: A07NE81234 | | Data de Emissão: JAN/2017 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|--------------------------------|---------|---------------------------|------------------------|---------|-------|-----|---|---|-------|-----|---|---|-------|-----|---|---|-------|-----|---|---|-------|-----|---|---|-------|-----|---|---|-------|-----|---|---|---|--|--|
| Nome do Segurado: JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENÇA 64300000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| J/Ger 67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Classificação do Segurado | Idade | Categorias de Uso | | Inscrição | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | Com | Ind | Pub | 113 2 07 0573 0171-000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de Nascimento: 14/12/2016 | | Data de Início: 12/01/2017 | | Mês de Referência: 29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Histórico de Contribuições <table border="1"> <thead> <tr> <th>Data</th> <th>Valor</th> <th>Debito</th> <th>Credito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>07/16</td><td>353</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>08/16</td><td>353</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>09/16</td><td>353</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>10/16</td><td>353</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>11/16</td><td>353</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>12/16</td><td>353</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>01/17</td><td>353</td><td>0</td><td>0</td></tr> </tbody> </table> | | | Data | Valor | Debito | Credito | 07/16 | 353 | 0 | 0 | 08/16 | 353 | 0 | 0 | 09/16 | 353 | 0 | 0 | 10/16 | 353 | 0 | 0 | 11/16 | 353 | 0 | 0 | 12/16 | 353 | 0 | 0 | 01/17 | 353 | 0 | 0 | Pagamento de Contribuição PAGAMENTO P/ MINIMO DA LIGACAO Valor do Pagamento: 916181790 Código da Fatura: 01 Valor do Pagamento: 0 Valor do Pagamento: 0 Valor do Pagamento: 0 | | |
| Data | Valor | Debito | Credito | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07/16 | 353 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08/16 | 353 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09/16 | 353 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10/16 | 353 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11/16 | 353 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12/16 | 353 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01/17 | 353 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nome do Serviço:
MANUTENCAO HIDROMETRO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

13 ABR. 2017

GENTE SEGUADORA S.A.

Rua Coelho de Resende 465, 2º andar

CEP: 64.002470

AVISO DE DEBITO CONTAS: 3
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

| Período | Valor | Debito | Credito | Saldo | Valor | Debito | Credito | Saldo |
|---------|-------|--------|---------|-------|-------|--------|---------|-------|
| 01/16 | 0.51 | 0.46 | 0.90 | 7.17 | 0.00 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| 02/16 | 0.51 | 0.46 | 0.90 | 7.17 | 0.00 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| 03/16 | 0.51 | 0.46 | 0.90 | 7.17 | 0.00 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| 04/16 | 0.51 | 0.46 | 0.90 | 7.17 | 0.00 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| 05/16 | 0.51 | 0.46 | 0.90 | 7.17 | 0.00 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| 06/16 | 0.51 | 0.46 | 0.90 | 7.17 | 0.00 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| 07/16 | 0.51 | 0.46 | 0.90 | 7.17 | 0.00 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| 08/16 | 0.51 | 0.46 | 0.90 | 7.17 | 0.00 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| 09/16 | 0.51 | 0.46 | 0.90 | 7.17 | 0.00 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| 10/16 | 0.51 | 0.46 | 0.90 | 7.17 | 0.00 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| 11/16 | 0.51 | 0.46 | 0.90 | 7.17 | 0.00 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| 12/16 | 0.51 | 0.46 | 0.90 | 7.17 | 0.00 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| 01/17 | 0.51 | 0.46 | 0.90 | 7.17 | 0.00 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |

AGESPISA
Agência Brasileira de Previdência

113 2 07 0573 0171-000

J/Ger 67

1735348-3

1735348-3

JAN/2017

VENCIMENTO: 20/01/2017
TOTAL A PAGAR: 27,33
82620000002-6 27330001821-1 73534830120-2 17000000001-9

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 JOSÉ IVAN DE OLIVEIRA portador(a) do
RG nº 36100495-3, expedido por SSPSP, em
10/12/1998, CPF/CNPJ nº 411.758.243-72,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) JOSE
BATISTA DOS ANJOS do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ
da vítima JOSE BATISTA DOS ANJOS, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU

José Ivan de Oliveira
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA LUZINETE DA SILVA MONAIS,

RG nº 4.160.879, data de expedição 18/12/14,

Órgão SSPI, portador do CPF nº 439.594.313-68, com

domicílio na cidade de LAGOA DO SITIO, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA ANGICO, nº 856,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima JOSÉ BATISTA DOS ANJOS cujo o condutor era

JOSÉ BATISTA DOS ANJOS.

Veículo: MOTOCICLETA - HONDA/CG150 TITAN MIX KS

Modelo: 2010

Ano: 2010

Placa: NIG-2174

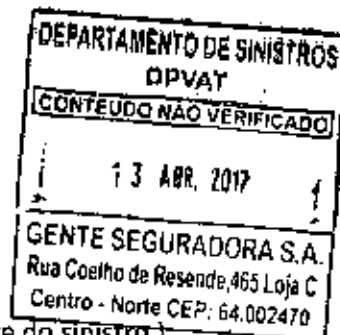
Chassi: 9C2KC1610AR039626

Data do Acidente: 12/01/2017

Local e Data: LAGOA DO SITIO PIAUI, PI 24/01/2017

Maria Luzinete da Silva Monais
Assinatura do Declarante

José Batista dos Anjos
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Reconheço a firma [assinatura]

de Maria Luzinete da Silva Monais

em testemunho [assinatura] da verdade

Valença-PI 22 de 02 de 2017

Celma Soares Moura Pimentel

Tebeza Pública

Celma Soares Moura Pimentel

Escrevente Autorizada



Reconheço a firma [assinatura]

de José Batista dos Anjos

em testemunho [assinatura] da verdade

Valença-PI 22 de 02 de 2017

Celma Soares Moura Pimentel

Tebeza Pública

Celma Soares Moura Pimentel

Escrevente Autorizada



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV. SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
FONE (89) 3465-1015 - (89) 3465-1369
HREL - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0117451

Data: 12/01/2017

Funcionário: MARIO



Sexo: MASCULINO

Senha 18

SUS

JOSE BATISTA DOS ANJOS

Nasc.: 09/02/1995 Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 3 DIAS Profissão:

CPF: 066.025.133-16 RG: 3728689 - SUS: 701208024737516

End.: ASSENTAMENTO CANAAM, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: LAGOA DO SÍTIO/PI

Civil: CEP: 64308-000

IBGE: 2205599 Car: SIM Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO

Pai: JOAO BATISTA DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL Documento: 5994 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA

Responsável: JOSE BATISTA DOS ANJOS - O MESMO

295179

Procedimentos

12/01/2017 9:13 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉI

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco ☐ Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento:

QUEIXA/HISTÓRIA

TRAUMA HA 1 DIA

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 0 mmHg

TAX: 0°c

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NAO

MEDICAÇÃO USUAL

CONDUTA



Jose Batista dos Anjos

Responsável: JOSE BATISTA DOS ANJOS

Rosanna Rafena
Enfermeira
COREN-PI 295.179

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA



Prefeitura Municipal de Lagoa do Sítio
Secretaria Municipal de Saúde

CNPJ: 02.930.943/0001-43
Rua São José, 2007. Centro. CEP: 64.308-000. Fone: (89) 3467-1158



ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RECEITUÁRIO

Paciente: José Batista do Anjo

Paciente 21 anos, vítima de
acidente motociclístico, resultan-
te em fratura no terço dis-
tal do rádio, na data 11/04/17.
paciente apresenta braço E
imobilizado.

| |
|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 13 ABR. 2017 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 485 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470 |
|--|

Data: 01/02/17

Assinatura e carimbo do Profissional



Vacinação: Direito da criança, dever dos pais/cuidadores

Nome: JOSÉ BATISTA DOS ANJOS

Requisitante: .

Data: 24/01/2017

Nº.: 25667

EXAME: RX PUNHO ESQUERDO (02 INC)

RELATÓRIO

- Grafias realizadas através de aparelho gessado evidenciam:

- Fratura em consolidação no terço distal do rádio.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

| |
|-----------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS |
| DPVAT |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 13 ABR. 2017 |
| GENTE SEGURADORA S.A. |
| Rua Coelho de Resende, 465 Loja C |
| Centro - Norte CEP: 64.002470 |

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO

CRM: 3255

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

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV. SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
FONE (89) 3465-1015 - (89) 3465-1369
HREL - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0147451

Data: 12/01/2017

Funcionário: MARIO



Sexo: MASCULINO

Senha 18

SUS

JOSE BATISTA DOS ANJOS

Nasc.: 09/02/1995 Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 3 DIAS Profissão:

CPF: 066.025.133-16 RG: 3728689 - SUS: 701208024737516

End.: ASSENTAMENTO CANAAM, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: LAGOA DO SÍTIO/PI

Civil: CEP: 64308-000

IBGE: 2205599 Cor: SIM Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO

Pai: JOAO BATISTA DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL Documento: 5994 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA

Responsável: JOSE BATISTA DOS ANJOS - O MESMO

295179

Procedimentos

12/01/2017 9:13 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉI

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco ☐ Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento:

QUEIXA/HISTÓRIA

TRAUMA HA 1 DIA

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 0 mmHg

TAX: 0°c

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NAO

MEDICAÇÃO USUAL

CONDUTA



Jose Batista dos Anjos

Responsável: JOSE BATISTA DOS ANJOS

Rosanna Rafena
Enfermeira
COREN-PI 295.179

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA



Prefeitura Municipal de Lagoa do Sítio
Secretaria Municipal de Saúde

CNPJ: 02.930.943/0001-43
Rua São José, 2007. Centro. CEP: 64.308-000. Fone: (89) 3467-1158



ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RECEITUÁRIO

Paciente: José Batista do Anjo

Paciente 21 anos, vítima de acidente motociclístico, resultante em fratura no terço distal do rádio, na data 11/04/17. paciente apresenta braço E imobilizado.

| |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 13 ABR. 2017 |
| GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 485 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470 |

Data: 01/02/17

Assinatura e carimbo do Profissional



Vacinação: Direito da criança, dever dos pais/cuidadores

Nome: JOSÉ BATISTA DOS ANJOS

Requisitante: .

Data: 24/01/2017

Nº.: 25667

EXAME: RX PUNHO ESQUERDO (02 INC)

RELATÓRIO

- Grafias realizadas através de aparelho gessado evidenciam:

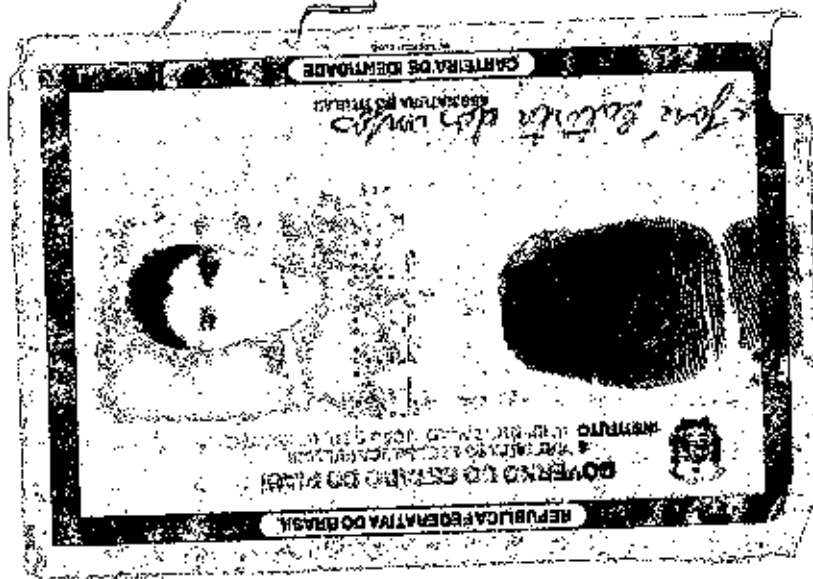
- Fratura em consolidação no terço distal do rádio.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

| |
|-----------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS |
| DPVAT |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 13 ABR. 2017 |
| GENTE SEGURADORA S.A. |
| Rua Coelho de Resende, 465 Loja C |
| Centro - Norte CEP: 64.002470 |

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO

CRM: 3255

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



Documentos de Identificação

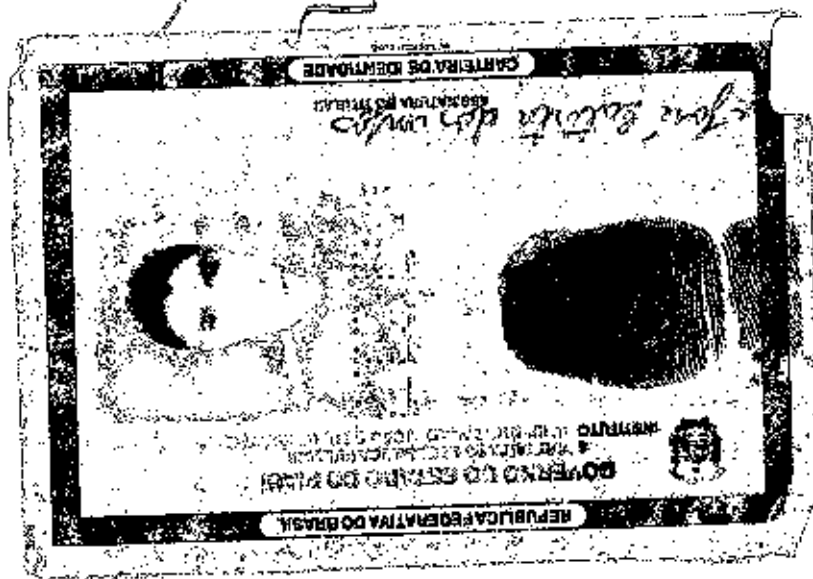
00012

ESTERIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Numero
066.675.133-16
Nome
JOSE BATISTA DOS ANJOS
Nascimento
09/02/1995
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
13 ABR 2017
GENTE SEGRADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
3.728.689 **19/04/12**
JOSÉ BATISTA DOS ANJOS
MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO ANJOS
JOÃO BATISTA DA SILVA
VALENÇA DO PIAUI-PI **09/02/1995**
CERT. NASC. 17361 L 20 F 288
EXP VALENÇA DO PIAUI-PI 22/07/97
066.675.133-16
LEI Nº 7.116 DE 28/06/03 - DECRETO Nº 86.250/03

CODIGO DE CONTROLE
273C.742C.5CC8.238B
A autenticidade desta inscrição deve ser confirmada no Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br
Comprovante emitido pelo
Secretaria da Receita Federal do Brasil
As 08:34:42 de dia 19/04/2012 (hora e data de Brasília)
Órgão Verificador: 00



Documentos de Identificação

00012

ESTERIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
066.675.133-16
Nome
JOSE BATISTA DOS ANJOS
Nascimento
09/02/1995
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
13 ABR 2017
GENTE SEGRADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
3.728.689 **19/04/12**
JOSÉ BATISTA DOS ANJOS
MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO ANJOS
JOÃO BATISTA DA SILVA
VALENÇA DO PIAUI-PI **09/02/1995**
CERT. NASC. 17361 L 20 F 288
EXP VALENÇA DO PIAUI-PI 22/07/97
066.675.133-16
LEI Nº 7.116 DE 28/06/03 - DECRETO Nº 86.250/03

CÓDIGO DE CONTROLE
273C.742C.5CC8.236B
A autenticidade desta inscrição deve ser confirmada no Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br
Comprovante emitido pelo
Serviço de Receita Federal do Brasil
As 08:34:42 de dia 19/04/2012 (hora e data de Brasília)
Órgão Verificador: 00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CENTRO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR: 361004953 SSP - SP

CPF: 411.798.243-72 DATA NASCIMENTO: 17/09/1972

PLAÇA: IVO GRAFANO DE OLIVEIRA
IDA MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA

PROFISSÃO: ☐ AGRICULTOR ☐ COMERCIAL ☐ OUTRO

IP REGISTRO: 5376240703 VALIDEZ: 27/06/2023 1ª EMISSÃO: 17/12/2008

DESCRIÇÃO:

Jose Ivan de Oliveira

ASSINATURA (da pessoa)

LOCAL: VALENÇA DO PIAUI DATA DE EMISSÃO: 09/03/2015

64091076821
F1315632890

ASSINATURA DO TITULAR

RECEBIMOS DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 ABR. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 ABR. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA
DPVAT
CONTENDO NÃO VERIFICAR
13 ABR 2017
GENTE SEGURADO
Rua Coelho de Resende 41
Centro - Norte CEP: 64



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DE TRANSPORTES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nr 012507987466

| | | | |
|---|-------------------|--------------------|-------------------|
| VIA | COD. RENAVAM | R.N.T.R.C. | EXERCÍCIO |
| 1 | 00206391862 | | 2016 |
| NOME | | | |
| MARIA LUZINETE DA SILVA MORAES | | | |
| ***** | | | |
| ***** | | | |
| CPF / CNPJ | PLACA | | |
| 43959431368 | NIG-2174 | | |
| PLACA ANT. / UF | CHASSI | | |
| | 9C2KC1610AR039626 | | |
| TIPO | COMBUSTÍVEL | | |
| PBS/MOTOCICLE/NEREUMA | ALCOOL/GAS | | |
| MARCA / MODELO | ANO FAB. | ANO MOD. | |
| HONDA/CG150 TITAN MTX KS | 2010 | 2010 | |
| CAP / POT / CIL | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE | |
| 02P/0149CC | PARTICU | VERMELHA | |
| COTA ÚNICA | VENC. COTA ÚNICA | VENC. COTAS | |
| | | 1- IPVA | |
| | | 2- PAGO | |
| | | 3- PAGO | |
| PREMIO TARIFARIO (R\$) | IOF (R\$) | PREMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| 000,00 | 000,00 | 000,00 | 29/07/2016 |
| OBSERVAÇÕES | | | |
| R/DOM. L. P. P. MOTOS P. E. SERVICOS LTDA | | | |
| LOCAL | DATA | | |
| LAGOA DO SITIO | 05/08/2016 | | |

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU FORNIDA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PL Nº 012507987466 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

| | | |
|--|------------------------------------|-----------------------|
| EXERCÍCIO | DATA EMISSÃO | |
| 2016 | 05/08/2016 | |
| VIA | CPF / CNPJ | PLACA |
| 1 | 43959431368 | NIG-2174 |
| RENAVAM | MARCA / MODELO | |
| 00206391862 | HONDA/CG150 TITAN MTX KS | |
| ANO FAB. | ANO MOD. | Nº CHASSI |
| 2010 | 09 | 9C2KC1610AR039626 |
| PREMIO TARIFARIO | | |
| INS (R\$) | DETRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| 000,00 | 000,00 | 000,00 |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | IOF (R\$) | TOTAL A RECEBER (R\$) |
| 000,00 | 000,00 | 292,01 |
| PAGAMENTO | | DATA DE QUOTACAO |
| <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA | <input type="checkbox"/> PARCELADO | 29/07/2016 |

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.556/0001-04
www.seguradoralider.com.br

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE BATISTA DOS ANJOS** Sinistro: **3170213458** Data: **11/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MUNDIM FERREIRA, SN - PICARRA - Lagoa do Sítio - PI - CEP 64308-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **3728689**

Data local do exame: [**05/06/2017**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura de rádio esquerdo. Paciente apresenta déficits de flexão (realiza 0-60), extensão (realiza 0-60), desvio ulnar (realiza 0-30) e desvio radial (realiza 0-15) de punho esquerdo. Atrofia (+/3+), com dor à mobilização. Déficit de força grau 2.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Paciente vítima de acidente motociclístico, submetido a tratamento conservador. Atualmente apresenta déficits de flexão (realiza 0-60), extensão (realiza 0-60), desvio ulnar (realiza 0-30) e desvio radial (realiza 0-15) de punho esquerdo. Atrofia (+/3+), com dor à mobilização. Déficit de força grau 2.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

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

Déficits de flexão (realiza 0-60), extensão (realiza 0-60), desvio ulnar (realiza 0-30) e desvio radial (realiza 0-15) de punho esquerdo. Atrofia (+/3+), com dor à mobilização. Déficit de força grau 2.

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

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
Punho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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

Raio X punho esquerdo (01/17): Fratura em consolidação no terço distal do rádio.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

1189481-13451102



Maria Luzinete da Silva Moraes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

4.160.879

DATA DE EMISSÃO 18/12/14

MARIA LUZINETE DA SILVA MORAES

FILIAÇÃO

MARIA JURACI DO NASCIMENTO
GONCALO RICARDO DO NASCIMENTO

NATURALIDADE

VALENÇA DO PIAUÍ-PI

DATA DE NASCIMENTO 25/08/1970

CERT. CASAM. 1106 L. 048 F. 267

EXP VALENÇA DO PIAUÍ-PI 12/09/86

CPF

439.594.313-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83



CIC

439 594 313 68

CPF

MARIA LUZINETE DA SILVA MORAES

NASCIMENTO

25.08.70

ASSINATURA

DATA

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO IDENTIFICATÓRIO DE USO DE IDENTIDADE PARA TODAS AS FORMALIDADES DE USO COTIDIANO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS. NÃO É VÁLIDA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA CONTRÁRIA ÀS DISPOSIÇÕES DA RECEITA FEDERAL.

ASSINATURA DO AGENTE FISCAL

104/0727-4

20 07 90

DATA DE EMISSÃO

32002/1225

ASSINATURA DO FUNDADOR

ASSINATURA DO FUNDADOR

ASSINATURA DO FUNDADOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 ABR. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470



A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 20.438 de 26 de abril de 2002.

| | | | |
|--------------|------------|----|-------|
| JANEIRO/2017 | 12/01/2017 | 52 | 25.05 |
|--------------|------------|----|-------|

| | | | |
|---|--|--|--|
| Atual: Anterior: 4756 Constante de Multiplicação: 4694 Consumo Médio: 1,000 Consumo Faltoso: 62 | | DATA DE VENTURA Abac: Anterior: 05/01/2017 Próximo Leitura: 01/12/2016 Emissão: 02/02/2017 Assinatura: 05/01/2017 | |
|---|--|--|--|

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | | |
|------------------------------|---------|----------------|-------|-------------|--------------|
| Cidade/Estado | Ligação | Número Medidor | Força | Código Pat. | Mês 12 meses |
| Manaus/Amazonas | | | | | |

INSCRIÇÃO NA CONTA

| | | | | |
|--------|----|--------------------------------|-------------------|-------|
| DEZ/16 | 46 | CONSUMO | 30 A R\$ 0,201367 | 6,01 |
| NOV/16 | 69 | | 32 A R\$ 0,345198 | 11,01 |
| OUT/16 | 62 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | | 3,21 |
| SET/16 | 59 | DIFERENCA DE TARIFA | | 19,32 |
| AGO/16 | 64 | SUBVENCAO BAIXA RENDA | | 14,55 |
| JUL/16 | 65 | | | |
| JUN/16 | 63 | | | |
| MAI/16 | 59 | | | |
| ABR/16 | 69 | | | |
| MAR/16 | 63 | | | |

TARIFA DE 12,20%:

30 A 32 - 0,151367

32 A 34 - 0,345198

8.04
11.04
3.21
19.32
14.56

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
17.09.2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Norte CEP: 64.002470

| | | |
|--|----------------|--|
| Mes/Ano 12/2016 | Valor 13,47 | Unidade Consumidora Solicita Suspensão de Fornecimento de Energia Elétrica por não pagamento de energia elétrica em julho de 2016 e não pagamento de energia elétrica em agosto de 2016. O cliente não possui contrato de suspensão de fornecimento de energia elétrica. |
| FATURADO PELA MÉDIA DO FORNECIMENTO (ART | | IMPEDIMENTO DE ACESSO, SUJEITO A SUSPENSÃO DE 87 DA RESOLUÇÃO ANEEL Nº 414/2016) |

RESERVADO AD FISCO

| DISTRIBUIDOR: ZB5U-ED4F-8726-2CB | | IMPOSTOS: RIBSUS RS | |
|----------------------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|
| Distribuidor: | ZB5U-ED4F-8726-2CB | Base de Cálculo: | 8881,40 IU-AUF 2.C286 |
| Exemplo: | | Alíquota ICMS: | |
| Transmissão: | 9,96 | Valor de ICMS: | 36,40 |
| Exercício: | 12,20 | Valor de PIS: | 20,00% |
| Rebates: | 1,47 | Valor de COFINS: | 7,28 |
| | 3,70 | | 0,30 |

6.87 13.74 27.48 41.80 7.60 15.20 3.97
0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

SOLICITAÇÃO



0025

Documentação médica Hospitalar

VÍTIMA: JOSÉ BATISTA DOS ANJOS

SINISTRO: 3170213458

Venho por meio desta, peticionar junto a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, CNPJ:09.248.608/0001-04 Eu, José Batista dos Anjos, peço que por gentileza levem em consideração este novo relatório médico, pois declaro que não tenho condições de fazer um tratamento mais avançado, por isso fiz apenas o uso de medicamentos e o uso da tipóia durante todo o tratamento pois continuo com redução da capacidade funcional além de muitas dores devido a fratura incompleta alinhada de 1 terço distal de rádio.Conforme exposto em laudo médico e rx anexado ao pedido. O eu não disponho de recursos para custear meu tratamento médico e o hospital da cidade onde reside não disponibiliza o tratamento adequado. Venho requerer, portanto, que avaliem minha situação, e que levem em consideração Rx e relatório médico disponibilizado.

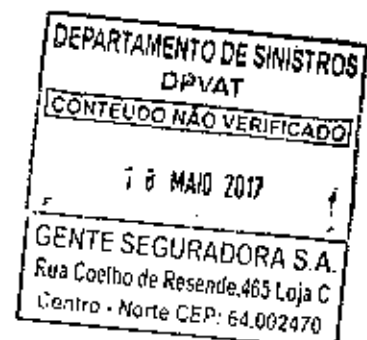
Lagoa do Sítio do Piauí-Pi 18/05/2017

Grato Pela Atenção

José Batista dos Anjos

Beneficiário

Telefone: (89)94122206/999260020



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170213458 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BATISTA DOS ANJOS **Data do acidente:** 11/01/2017 **Seguradora:** DAYPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: SOLICITO RELATORIO DE INTERNAÇÃO COM AS CONDUTAS E RELATORIO DE TRATAMENTO COM AS LESÕES SOFRIDAS.

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PRESTADOR

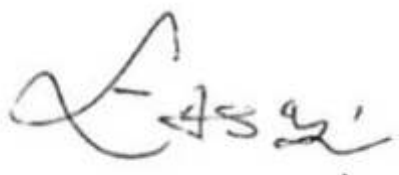
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170213458 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BATISTA DOS ANJOS **Data do acidente:** 11/01/2017 **Seguradora:** DAYPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de rádio esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Paciente apresenta déficits de flexão (realiza 0-60), extensão (realiza 0-60), desvio ulnar (realiza 0-30) e desvio radial (realiza 0-15) de punho esquerdo. Atrofia (+/3+), com dor à mobilização. Déficit de força grau 2.

Resultados terapêuticos: Paciente vítima de acidente motociclístico, submetido a tratamento conservador.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/06/2017

Conduta mantida:

Observações: Raio X punho esquerdo (01/17): Fratura em consolidação no terço distal do rádio.
Indenização em grau médio do punho devido à limitação da flexo-extensão (60 e 60 graus).
Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

Médico examinador: Luanna Moura Moreira

CRM do médico: 4718

UF do CRM do médico: PI

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR



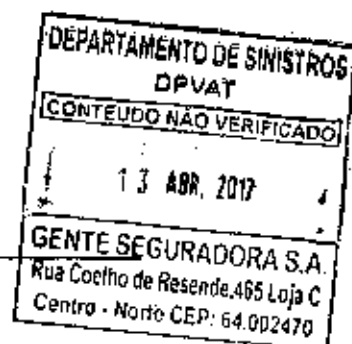
| | | | |
|---|------------------------|---------------------------|---------------------|
| OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT) | | | |
| Nome: José Batista dos Anjos | | | |
| Nacionalidade: Brasileiro | Estado Civil: Solteiro | Profissão: Lavrador | |
| RG: 3.728.689 | Org. emissor SSP- PI | D. Expedição 19 /04 /2012 | CPF: 066.675.133-16 |
| Endereço: Rua Mundim Ferreira | | S/N | Bairro: Piçarra |
| Cidade: Lagôa do Sítio | | Estado: PI | CEP: 64308-000 |

| | | | |
|----------------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------|
| OUTORGADO: (Dados do procurador) | | | |
| Nome: José Ivan de Oliveira | | | |
| Nacionalidade: Brasileiro | Estado Civil: Casado | Profissão: Metalúrgico | |
| RG: 36.100.495-3 | Org. emissor SSP-SP | D. Expedição 10/12 /1998 | CPF: 411.758.243-72 |
| Endereço: Rua Antonino Martins | | Nº 187 | Bairro: Vale Verde |
| Cidade : Valença | | Estado: PI | CEP: 64300-000 |

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima

José Batista dos Anjos

Local / data: Lagoa do Sítio do Piauí-PI 24 de Janeiro de 2017



José Batista dos Anjos

Reconheço a firma José Batista dos Anjos Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

de José Batista dos Anjos

Em testemunho da da verdade

Valença-PI 22 de 02 de 2017

Celma Soares Moura Pimentel

Tabela Pública



(Reconhecer firma por autenticidade ou verdadeira)

Celma Soares Moura Pimentel
Escrevente Autorizada

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2017

Carta nº: 10865660

A/C: JOSE BATISTA DOS ANJOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170213458 ASL-0147597/17

Vitima: JOSE BATISTA DOS ANJOS

Data Acidente: 11/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2017

Carta nº: 10865660

A/C: JOSE BATISTA DOS ANJOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170213458 ASL-0147597/17

Vitima: JOSE BATISTA DOS ANJOS

Data Acidente: 11/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2017

Carta nº: 10887528

A/C: JOSE BATISTA DOS ANJOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170213458 ASL-0147597/17

Vitima: JOSE BATISTA DOS ANJOS

Data Acidente: 11/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **13/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2017

Carta nº: 11051020

A/C: JOSE BATISTA DOS ANJOS

Sinistro: 3170213458 ASL-0147597/17
Vítima: JOSE BATISTA DOS ANJOS
Data Acidente: 11/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2017

Carta nº: 11051020

A/C: JOSE BATISTA DOS ANJOS

Sinistro: 3170213458 ASL-0147597/17
Vítima: JOSE BATISTA DOS ANJOS
Data Acidente: 11/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº: 11136807

A/C: JOSE BATISTA DOS ANJOS

Sinistro: 3170213458 ASL-0147597/17
Vítima: JOSE BATISTA DOS ANJOS
Data Acidente: 11/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

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: JOSE BATISTA DOS ANJOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003887

Conta: 000004246-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 1.687,50 |

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA _____

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, JOSÉ BATISTA DOS ANJOS
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.728.689 EXPEDIDO POR SSP/PT EM 19 / 04 / 12 E
CPF 006675133-10 / CNPJ _____, PROFISSÃO RECEISSION
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSÉ BATISTA DOS ANJOS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Sussep 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, 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);
- 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 indicada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada ou impresso, 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) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3887 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00004246-7

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.

LAGOA DO SÍTIO 13 de Fevereiro de 2017
PI LOCAL E DATA

x José Batista dos Anjos
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
13 ABR. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA _____

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, JOSÉ BATISTA DOS ANJOS
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.728.689 EXPEDIDO POR SSP/PT EM 19 / 04 / 12 E
CPF 006675133-10 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO RECEISSION
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSÉ BATISTA DOS ANJOS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp 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, 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);
- 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 mencionada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada ou fotocopiada, 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) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3887 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00004246-7

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.

LAGOA DO SÍTIO 13 de Fevereiro de 2017
PI LOCAL E DATA

José Batista dos Anjos
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
13 ABR. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470