



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 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

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Data/Hora

11/01/2017 - 17:00



CIDADE DE VALENÇA DO PIAUÍ PARA A CIDADE DE LAGOA DO SITIO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

ANGICO

DADOS DOS PERSONAIS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ BATISTA DOS ANJOS

RG: 53728669

Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO ANJOS

Av: JOÃO BATISTA DA SILVA

Rua: RUA MUNDIM FERREIRA, Nº S/N

Complemento: ANGICO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: LAGOA DO SITIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 ABR 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465, Loja C

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

Lesão corporal acidental no trânsito.

OBJETO(S) MATERIAL(ES) ENVOLVIDO(S)

MOTOCICLETA.

Cor:

Qty: 1

Valor: 0,00

Modelo:

Nº Série:

Celma Soares Moura Pimentel
Escrevente Autorizada

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: HONDA

Modelo: CG 150

Ano: 2010

Placa: NIG2174

Chassi: 9C2KC1610AR039626

Renavam: 00206391862

Cor:

Vermeia

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

A VITIMA COMPARCEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE VALENÇA DO PIAUÍ PARA REGISTRAR OCORRÊNCIA NO SEGUINTE TEOR: QUE NO DIA HS ACIMA MENCIONADO CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DA CIDADE DE VALENÇA DO PIAUÍ PARA A CIDADE DE LAGOA DO SITIO CHEGANDO NA CIDADE AO ENTRAR NUMA RUA DE TERRA SOLTA O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NA PISCARRA A VITIMA PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E CAIU NO CHÃO SEM TER SOFRIDO LESÃO POR PERTO CONSEGUIU IR PARA SUA RESIDENCIA DURANTE A NOITE AS DORES DAS LESÕES FORAM SENTIDAS MAS SOMENTE 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

JOHÉ BATISTA DOS ANJOS - Noticiante
Responsável pela Informação

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, JOSÉ 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 AVIA MUN.DIM FEMEINHA S/N, Cidade LAGOA DO SITIO, Estado PIAUI, 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

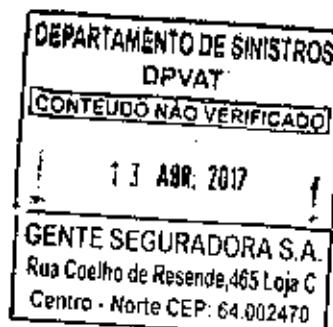
O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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.

José Batista dos Anjos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



LAGOA DO SITIO PIAUI - PI

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, JOSÉ 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 AVIA MUN.DIM FEMEINHA S/N, Cidade LAGOA DO SITIO, Estado PIAUI, 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

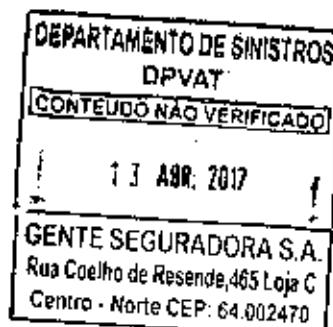
O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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.

José Batista dos Anjos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



LAGOA DO SITIO PIAUI - PI

Local e data



Sexo: MASCULINO

SUS

JOSE BATISTA DOS ANJOS

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

Civil:

CEP: 64301

End.: ASSENTAMENTO CANAAN, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: LAGOA DO SITIO/PI

Cor: SEM

Telefone: ()

Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO

Pai: JOAO BATISTA DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL Documento: 5994 - FRANCISCO DE CARVALHO DANTAS TERCEIRO

Responsável: JOSE BATISTA DOS ANJOS O MESMO Temp: Ufrc Peso:0Kg P.A.: II

Procedimentos

12/01/2017 9:13 03010100018 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

12/01/2017 9:45 03010600037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

Queixa principal: Relembre que durante motociclistico viajou mais de 12h e compareceu com queixa de dor no membro.

Exame clínico/físico:

Edema e dor local

Rx evidenciar Fratura incompleta e

alinhada do tipo de fratura de radio C.

Medicação:

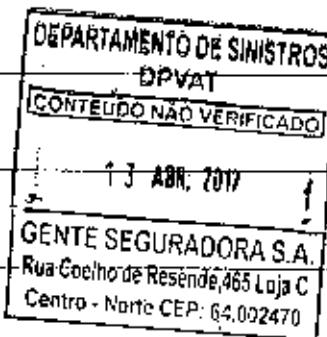
① Sobrevid - a imobilização com gaze no membro

② Orientações

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

③ Descansar acima de 2,5m





JOSE BATISTA DOS ANJOS

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

Civil:

CEP: 64301

End.: ASSENTAMENTO CANAAN, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: LAGOA DO SITIO/PI

Cor: SEM

Telefone: ()

Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO

Pai: JOAO BATISTA DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL Documento: 5994 - FRANCISCO DE CARVALHO DANTAS TERCEIRO

Responsável: JOSE BATISTA DOS ANJOS O MESMO Temp: Ufrc Peso:0Kg P.A.: II

Procedimentos

12/01/2017 9:13 03010100018 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MEDICINA)

12/01/2017 9:45 03010600037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

Queixa principal: Relembre que durante motociclistico viajou mais de 12h e compareceu com queixa de dor no membro.

Exame clínico/físico:

Edema e dor local

Rx evidenciar Fratura incompleta e

alinhada do tipo de fratura de radio C.

Medicação:

① Sobrevid - a imobilização com gaze no membro

② Orientações

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

③ Descansar acima de 2,5m



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: 00000004246-7

Nr. da Autenticação 4790BB7C42D908C1

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ELETRÔNICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 799 - Centro/Edif. - São Luís - PI
CNPJ: 23.940.248/0001-43 | Fone: (98) 3221-3223-5
Site: www.eletrobras.com.br | Conta de Energia Zelada - Série B-1
Regime Administrativo de Imprensa autorizado pela SEPAZ/PI/RS

Para cobrar com 4
dias úteis, informar
nos NEVER

0689793-2

Comprovante de pagamento

00-15-

Nº da Nota Fiscal: 0000400254

A Tarifa Básica para o mês de Janeiro - TSEI, fixamente
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

CPF: 200000007513116

CEP: 65000-000

ACNAME:

Anuidade: 7414

Correspondente Multa/penal:

Acrescimo N.º 00 1,000

Acrescimo:

102



AGESPISA

Ak. Morechell, Centro Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual 19.301.655-7 / CNPJ: 04.845.747/0001-77
Internet: www.agespha.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 6036

Fatura Mensal

1755483		Métrrimetro	3 Unid.	Natura Mens																																
		A07NC81234		JAN/2017																																
Nome do Consumidor: JOSÉ IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 64300000																																				
Métr 67																																				
Informações de Conta Agente Agente Compartilhamento de Uso Intervisão 311 1 Open Ind. PUB. 113-2 07 0573 0171-000																																				
14/12/2016		12/01/2017	29	2017-01-13 09:59																																
Horários de Consumo <table border="1"> <tr> <th>Data</th> <th>Luz</th> <th>Corrente</th> <th>Dem.</th> </tr> <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> </table>					Data	Luz	Corrente	Dem.	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
Data	Luz	Corrente	Dem.																																	
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																																	
FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGAÇÃO <table border="1"> <tr> <td>Cod. Referência:</td> <td>916181790</td> <td> Código da Tarifa:</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>Consumo:</td> <td>0</td> <td>Consumo Agua:</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Consumo:</td> <td>0</td> <td>Consumo Energia:</td> <td>0</td> </tr> </table>					Cod. Referência:	916181790	Código da Tarifa:	01	Consumo:	0	Consumo Agua:	0	Consumo:	0	Consumo Energia:	0																				
Cod. Referência:	916181790	Código da Tarifa:	01																																	
Consumo:	0	Consumo Agua:	0																																	
Consumo:	0	Consumo Energia:	0																																	

Cód. 0010 Ribeirão Bonito

DEPARTAMENTO DE SINISTROS 25,73
DPVAT 1,60
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20/01/2017
AVISO DE DEBITO CONTAS
CONFORME LEI FEDERAL 11.4

~~GENTE ESCONDIDA~~

J. Clin. Anesth., Vol. 24, No. 6, December 2012

~~GENTE ESCONDIDA~~

60 AGESPISA

113 2 07 0573 0171-000			REG 67
Reg#	Category of Unit	Comp.	Perf.
	Marijuana	1735348-3	Superior
			JAN/2017

VENCIMENTO: 20/01/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 27,33
82620000000-6 27330001821-8 73534638120-2 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 36.100.495-3, expedido por SSP SP, em 10/12/1998, CPF/CNPJ nº 411.758.243-72, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) José BATISTA DOS ANJOS do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima José BATISTA DOS ANJOS, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECLUSO Renda Mensal: R\$ RECLUSO

Documentos comprobatórios: RECLUSO

José Ivan de Oliveira
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA LULINETE DA SILVA MORAIS,

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 mencionado 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: 9C4KE1610AR039636

Data do Acidente: 19/01/2017

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

X Maria Lulineto da Silva Moraes
Assinatura do Declarante

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 ABR. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470

Reconheço a firma José Batista dos Anjos
de: Maria Lulineto da Silva Moraes, de cui
de Celma Soares Moura Pimentel
Em testemunho CPF da verdade
Valença-PI 2 de 02 de 2017
Celma Soares Moura Pimentel
Técnica Pública

Celma Soares Moura Pimentel
Escrevente Autorizada

Reconheço a firma José Batista dos Anjos
de: José Batista dos Anjos, de cui
de Celma Soares Moura Pimentel
Em testemunho CPF da verdade
Valença-PI 2 de 02 de 2017
Celma Soares Moura Pimentel
Técnica Pública

Celma Soares Moura Pimentel
Escrevente Autorizada



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENCA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
EUSTÁQUIO PORTELA CNPJ: 06553564001100
FONE: (89) 3465-1015 - (89) 3465-1360
HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0147451

Data: 12/01/2017

Funcionario: MARIO



Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 18

CPF: 066.625.133-16 RG: 3728689 - SUS: 701208024737516

Civil: CEP: 64308-000

Nasc.: 09/02/1995 Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 0 DIAS Profissão:

End.: ASSENTAMENTO CANAAN, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: LAGOA DO SITIO/PI

IBGE: 2205599 Cep: 64100-000

Mae: MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO

Pai: JOAO BATISTA DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL Documento: 5991 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA

Responsavel: JOSE BATISTA DOS ANJOS - O MESMO

295179

Procedimentos

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

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% FR: 0 rpm
FC: 0 bpm Glicemia: 0 mg/dl Peso: 0 kg



ALERGIAS

NAO



MEDICAÇÃO USUAL



CONDUTA



Rosanna Rafena
Enfermeira
COREN-PI 295.179

JOSE BATISTA DOS ANJOS

Responsavel: JOSE BATISTA DOS ANJOS

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

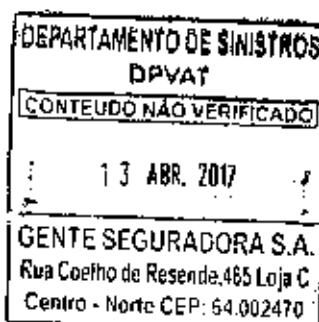


ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RECEITUÁRIO

Paciente: José Batista dos Reis

Paciente de 21 anos vítima de
acidente motociclistico, resultan-
te em fratura no topo distal
do rádio, na data 11/01/17
paciente apresenta braço E
imobilizado.



Data: 01/02/17

Assinatura e carimbo do Profissional



Vacinação: Direito da criança, dever dos pais/criadores

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, VALENCA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
EUSTÁQUIO PORTELA CNPJ: 06553564001100
FONE: (89) 3465-1015 - (89) 3465-1360
HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0147451

Data: 12/01/2017

Funcionario: MARIO



Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 18

CPF: 066.625.133-16 RG: 3728689 - SUS: 701208024737516

Civil: CEP: 64308-000

Nasc.: 09/02/1995 Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 0 DIAS Profissão:

End.: ASSENTAMENTO CANAAN, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: LAGOA DO SITIO/PI

IBGE: 2205599 Cep: 64308-000

Mae: MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO

Pai: JOAO BATISTA DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL Documento: 5991 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA

Responsavel: JOSE BATISTA DOS ANJOS - O MESMO

295179

Procedimentos

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

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% FR: 0 rpm

FC: 0 bpm Glicemia: 0 mg/dl Peso: 0 kg

ALERGIAS

NAO

MEDICAÇÃO USUAL



CONDUTA

JOSE BATISTA DOS ANJOS

Responsavel: 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

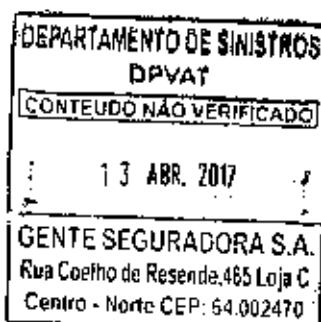


ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RECEITUÁRIO

Paciente: José Batista dos Reis

Paciente de 21 anos vítima de
acidente motociclistico, resultan-
te em fratura no topo distal
do rádio, na data 11/01/17
paciente apresenta braço E
imobilizado.



Data: 01/02/17

Assinatura e carimbo do Profissional



Vacinação: Direito da criança, dever dos pais/criadores

Nome: JOSÉ BATISTA DOS ANJOS

Requisitante:

Data: 24/01/2017

Nº: 25667

EXAME: RX PUNHO ESQUERDO (02 INC)

RELATÓRIO

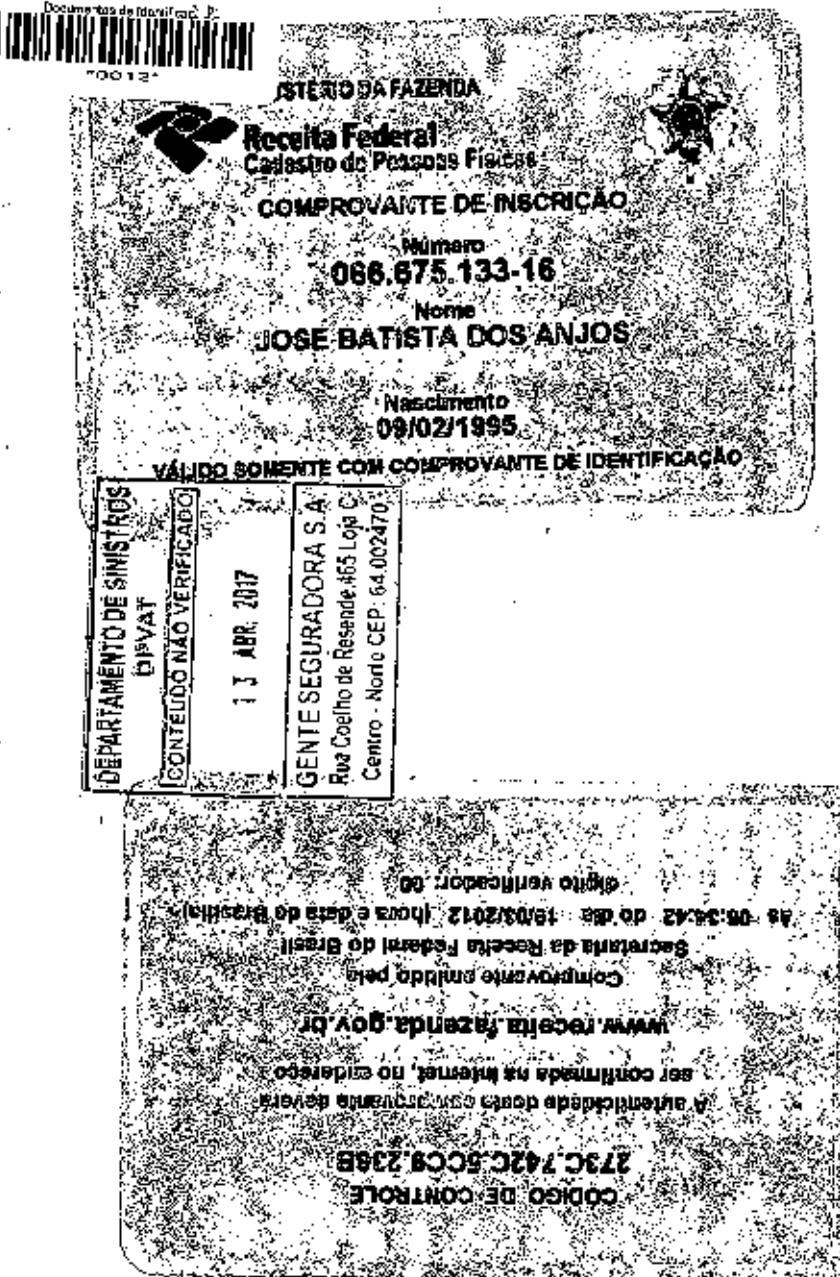
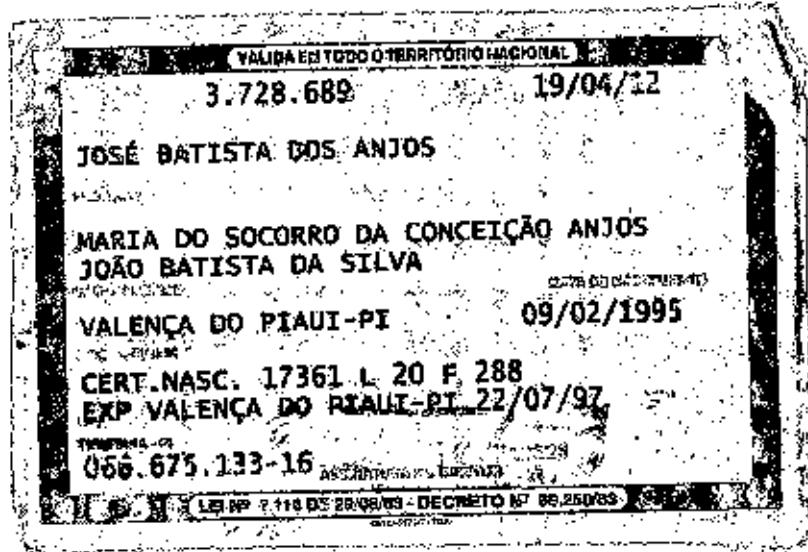
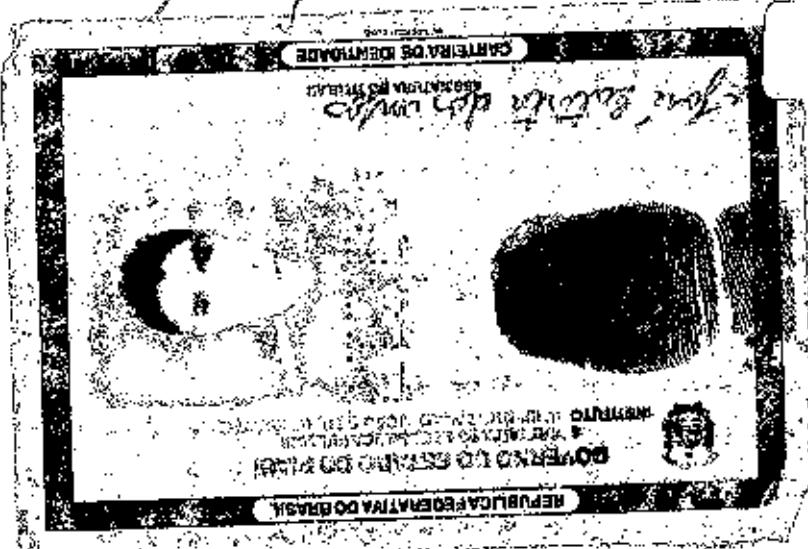
- Grafias realizadas através de aparelho gessado evidenciam:

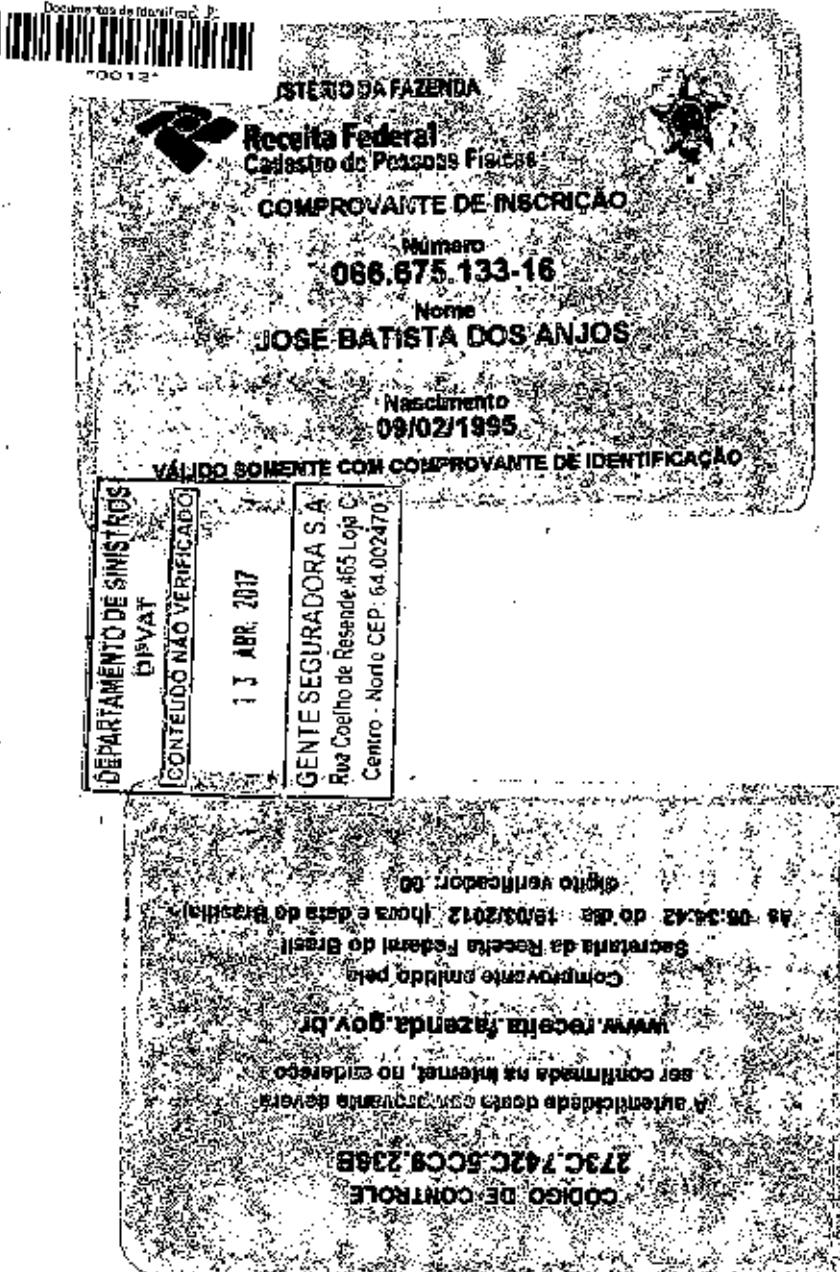
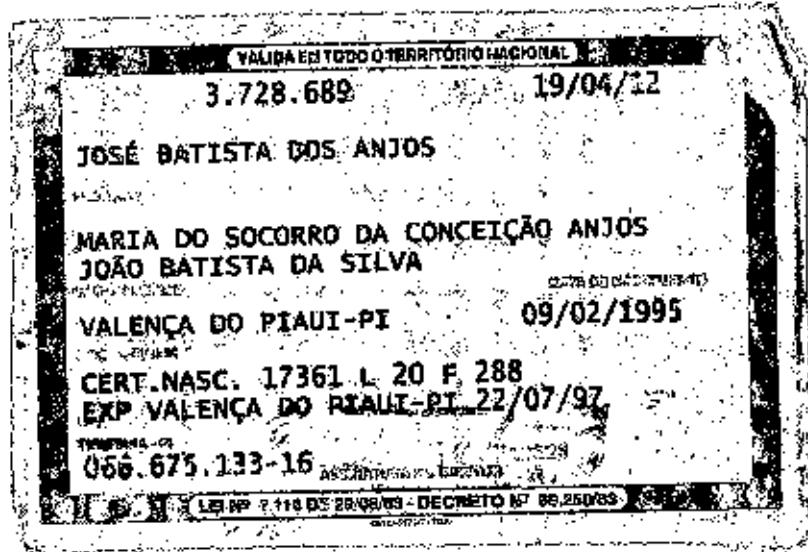
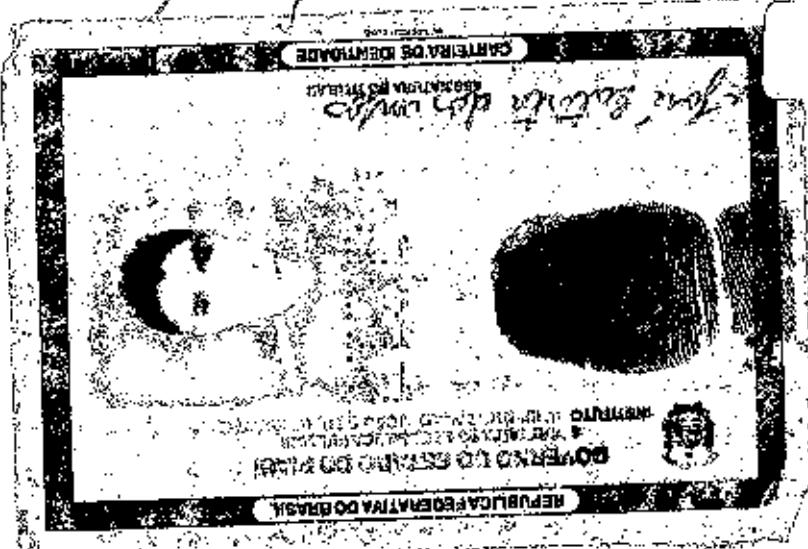
- Fratura em consolidação no terço distal do rádio.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

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







DÉPARTAMENTO DE SINISTROS
DPSVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 ABR. 2012
CORREIO SEGURO S.A.
ua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

GENTE SEGURADA Rua Celso de Resende, 40 Centro - Norte CEP: 64		DEPARTAMENTO DE SEGURO DPVAT	CONFEDUO NAO VERA
		13 ABR. 2011	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINTERIO DE SICOODES			
DETAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VIA 1 00206391862 NOME MARIA LUZINETE DA SILVA MORAES CÓD. RENAVAM 43959431368 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2016 CPF / CNPJ 43959431368 PLACA NTG-2174 PLACA ANT. UF 9008 CHASSI 9C2KC1610AR039626 ESPECIE/POS PAS/MOTOCICLE/NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS MARCA / MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX KS ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010 CAP / POT / CIL 02P/0149CC CATEGORIA PARTICIPANTE COR PREDOMINANTE VERMELHA COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. / COTAS IPVA P V A PARCELAMENTO / COTAS 1 ^º PAGO PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) 10F (R\$) DATA DE PAGAMENTO SEGURADO PAGO OBSERVAÇÕES R/DOM PICOS MOTOS P/E SERVICOS LTDA LOCAL LAGOA DO SITIO DATA 05/08/2016			
OUT 00001			
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DUTÔNOMA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAY. SEGURO DPVAT			
PI 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.dpvatsegurodpvtransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 05/08/2016		PLACA NTG-2174 MARCA / MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX KS ANO FAB. 2010 ANO MOD. 09 CHASSI 9C2KC1610AR039626	
PRÊMIO TARIFÁRIO FNS (R\$) 000,00 DEPARTAN (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00 CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 10F (R\$) 000,00 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 292,01 PAGAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO 29/07/2016			
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.248.694/0001-04 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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
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

% 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.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOSÉ DE OLIVEIRA MANTES"



Maria Luzinete da Silva Moraes
433.594.313-68

ASSUNTO DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALOR DA DOCUMENTAÇÃO

4.160.879

18/12/14

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXSCRIÇÃO

MARIA LUZINETE DA SILVA MORAES

FILIAÇÃO

MARIA JURACI DO NASCIMENTO
GONCALO RICARDO DO NASCIMENTO

NATURALIDADE

VALENCA DO PIAUÍ - PI

DATA DE NASCIMENTO

25/08/1970

PODER JURÍDICO

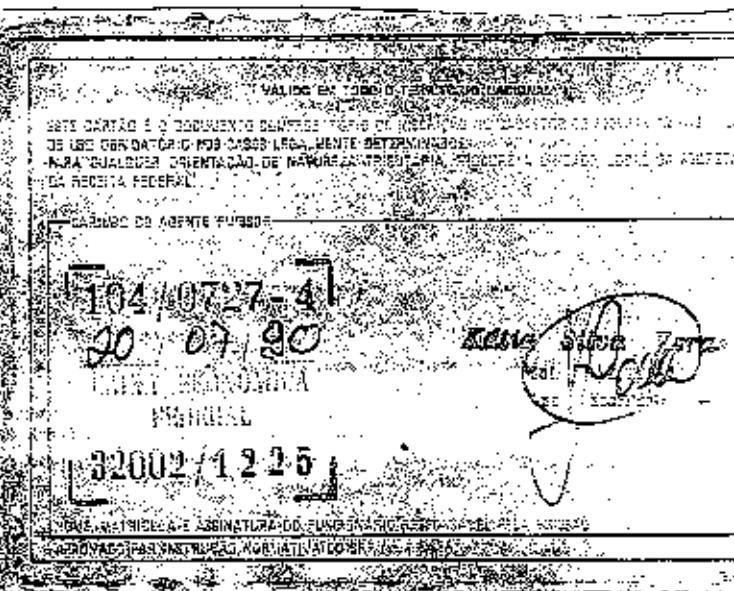
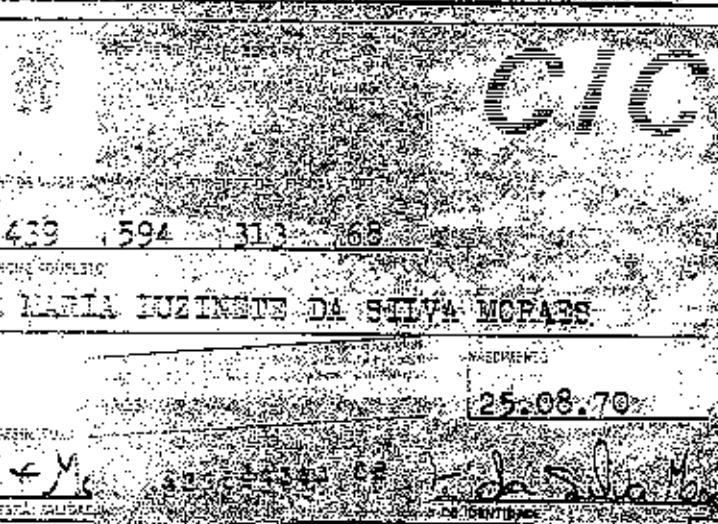
CERT. CASAM. 1306 L 048 E 267
EXP. VALENCA DO PIAUÍ - PI 12/09/86

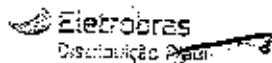
CPF

433.594.313-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.110 DE 29/06/83 - DECRETO N° 58.250/83





Pode consultar com a
Electrobras informe
este número:

07361167

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Rondon 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.245.747/0001-53 Insc. Estadual: 00.001.381-6
Nº 12.554-01 Companhia Energética de São Bento
Faz parte integral da Imprensa autorizada pela Série A 06/98

Nº da Nota Fiscal **000029689**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEI foi criada
pela Lei nº 10.438 de 16 de abril de 2002.

CONSULTA DE CONSUMO

CONSULTA DE CONSUMO

JANEIRO/2017

12/01/2017

5,05

MARIA LUZINETE DA S MORAIS
R. ANGICO 856 BAIRRO B-URBAND
CPF: 00043959431368

CONSULTA DE CONSUMO

CONSULTA DE CONSUMO

Até:	Até:
Ano:	4756
Conjunto de Multiplicação:	4694
Consumo Médio:	1.000
Consumo Faturado:	62

Até:	Anterior:	Próxima Leitura:	Emissor:
	05/01/2017		
	01/12/2016		
	02/02/2017		
	05/01/2017		

CONSULTA DE CONSUMO

CONSULTA

SOLICITAÇÃO



0029- Documentação médica Hospitalar

VÍTIMA: JOSÉ BATISTA DOS ANJOS

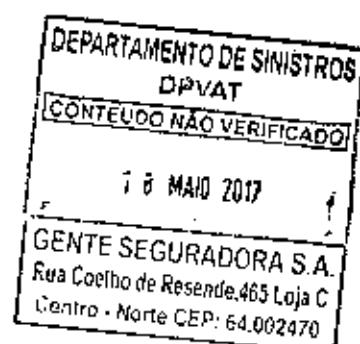
SINISTRO: 3170213458

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
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
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

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

José Batista dos Anjos

Em testemunho CPF da verdade

Valença-Pi 22 de 02 de 2017

Celma Soares Moura Pimentel

Técnica 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 inicio 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,



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 inicio 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,



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.seguradoraslider.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.

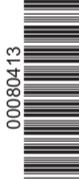
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 inicio 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 n°: 11136807

A/C: JOSE BATISTA DOS ANJOS

Sinistro: 3170213458 ASL-0147597/17
Vitima: 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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Assinatura do beneficiário

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURO

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

POR PORTADOR(A) DO RG Nº 3.728-689 EXPEDIDO POR SSP&T EM 19 / 04 / 17 E
 CPF 060635033-06 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO RECOLHIMENTO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) 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 Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados ao pagamento de sinistro, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empreendedor individual).
- 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, conforme documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima Inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/cópia, 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) _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
LÍDER
CONTROLE DA VÍTIMA / BENEFICIÁRIO
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
LÍDER
CONTROLE DA VÍTIMA / BENEFICIÁRIO
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
LÍDER
CONTROLE DA VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

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

Nº do BANCO 101 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3887 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00001246-7

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 SITIO 13 de Fevereiro de 2017

PI

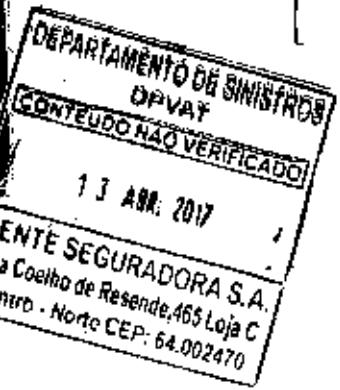
LOCAL E DATA

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.



13 ABR. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Assinatura do beneficiário

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURO

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

POR PORTADOR(A) DO RG Nº 3.728-689 EXPEDIDO POR SSP&T EM 19 / 04 / 17 E
 CPF 060635033-06 /CNPJ 000000000000-00, PROFISSÃO RECOLHIMENTO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) 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 Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

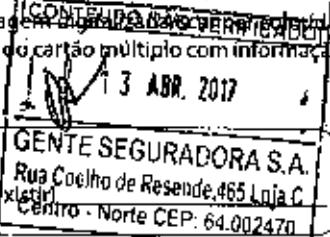
Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados ao pagamento de sinistro, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empreendedor individual).
- 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, conforme documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima Inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/cópia, 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 101 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3887 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00001246-7

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 SUDO 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.

