

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

LUÍZA AURILENE ROCHA

CPF da Vítima

273.269.423-15

Data do Acidente

14/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins de Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



VALENÇA-PI, 25 de JUNHO de 2018

Local e Data

x Luíza Aurilene Rocha
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

LUÍZA AURILENE ROCHA

CPF da Vítima

273.269.423-15

Data do Acidente

14/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins de Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



VALENÇA-PI, 25 de JUNHO de 2018

Local e Data

x Luíza Aurilene Rocha
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0192158

Data: 14/02/2018

Funcionário: DANRLEY

Registro: 168

Hora: 09:35:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

Senha 14

SUS

LUIZA AURILENE ROCHA

Nasc.: 08/04/1963 Idade: 54 ANOS, 10 MESES, 18

Profissão: FUNCIONÁRIO PÚBLICO

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64300-000

End.: AVENIDA SANTOS DUMONT, 661 -

Bairro: CENTRO

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Cor: AMARELA Telefone: (89) 9999-76172

Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA LO

Pai: VALDEMAR PEREIRA LO

Clinica: **ENFERMAGEM**

Documento: 2640 - HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA

Responsável: LUIZA AURILENE ROCHA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

14/02/2018 9:35 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

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

Queixa principal:

Audite de fratura (SIC)

Exame clinico/fisico:

Tmna Perna E, com fratura

Diagnostico provavel:

*Completa oblqua 1/3 distal da Fíbula (E)
e wa cais pelo corpo -*

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

1) Imobilização Perna (E)

Ass. Técnico

2) Imobilização 35 de Em (Amm)

3) Reabilitação Integridade



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZA AURILENE ROCHA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02761-8

CONTA: 000010007285-2

Nr. da Autenticação 97A1109FD99ABF4B

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série R-1
Regime especial de imposto instituído pela 529/2006/90

Nº da Nota Fiscal: 006994029

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CORTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	19/06/2018	241	228,58

LUIZA AURILENE ROCHA
AV. SANTOS DUMONT 661 S/C CENTRO
CPF: 00027326942315
CEP: 64.300-000 - VALENÇA DO PIAUÍ

ROT: 212.750.09.54.068720

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	6828	Atual:	12/06/2018
Anterior:	6587	Anterior:	14/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	13/07/2018
Consumo Medidor:	241	Emissão:	11/06/2018
Consumo Faturado:	241	Apresentação:	12/06/2018
Consumo Faturado: 241		Consumo Faturado: 29	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classificação	Uso	Número Medidor	Código Fed.	Hólder 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A238508	1.1.1.1	247

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
MAI/18	245	CONSUMO	241 A R\$ 0,848765 = 204,55
ABR/18	230	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	18,53
MAR/18	246	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00	0,53
FEV/18	211	MULTA POR ATRASO 05/18-00	4,03
JAN/18	288	JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00	0,94
DEZ/17	339	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,39
NOV/17	301	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,98
OCT/17	226		
SET/17	263		
AGO/17	196		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
R\$ A 241 - 0,520641			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 11/06/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO D47F.CBD7.9C47.B0A0.D944.E680.5D22.A5FA

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	39,94	Base de Cálculo:	204,55
Energia:	75,96	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	11,95	Valor do ICMS:	55,22
Encargos:	12,10	Valor do PIS:	1,67
Tributos:	64,60	Valor do COFINS:	7,71

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	REC	REC	REC	REC	REC	REC	REC	REC	REC
Liquido	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14		
Reservado	0,00			0,00			0,00		
Consumo	NOVO ORIENTE								

ROT: 212.750.09.54.068720

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0224660-0	228,58
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
06/2018	19/06/2018

Nº da Nota Fiscal: 006994029 FCM

83630000002 0 28580017000 0 00000000224 6 66000613008 8



SEQ.: 00112 UC: 0224660-0 DT.LEIT.: 12/06/2018 T.ENTR.: 03
LEITURA: 6828 NORMAL TOTAL: 228,58 CARGA: 003
DT.VENC.: 19/06/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1581



**AGESPISA**

Águas e Esgotos do Piauí S/A

Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI

Inscrição Estadual: 19.301.056-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27

Internet: www.agespisa.com.br

Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

MATRÍCULA 1735348-3		Hidrometro A07N381254		Referência JUN/2018	
Nome/Razão Social/Endereço JOSE IVAN DE OLIVEIRA RIA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 64300000 AG= 71					
Situação 3/1	Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.		Inscrição 113 2 07 0573 0171-000	
Período de Consumo 10/05/2018		Período de Consumo 09/06/2018		Outros Consumos 30	
Histórico de Consumo			Forma de Faturamento		
Mês/Ano	Leitura	Consumo	Ocorr.	FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGAÇÃO	
12/17	354	0	30		
01/18	354	0	0		
02/18	354	0	30		
03/18	354	0	0		
04/18	354	0	0		
05/18	354	0	0		
06/18	354	3	0		
			Cód. Residencial 916181790		
			Código de Tarifa 01		
			Consumo Médio 3	Consumo Fictício 0	Consumo Real 0
			Consumo 3	Consumo Faturado 10	

DESCRICO DA FATURA
Cód. Nome do Serviço
ACUA
MILTA IMPONTUALIDADE 001/001
JLROS DE MORA 001/001
MANUTENCAO HIDROMETRO

VENCIMENTO 17/06/2018**TOTAL A PAGAR (R\$)**

AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 1 VALOR: R\$ 29,37
CONFIRME LIG. FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
26/06/2018
0,57 DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
30 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
TERESINA - PI CEP: 64.001-110

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2014/2011-MS							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Oxig.	pH	Ferro	Cálcio	Exatidão Cor
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,5-8,5	0,3	Resposta	Resposta
NP Amostras Realizadas							
NP Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio	0.51	0.46	0.90	7.17	0.00	0.00	0.00
Condição	EXCELENTE A QUALIDADE DA ÁGUA DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO						

Observações:
A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA
ALTERNATIVA. RETIRE A VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

AGESPISA Águas e Esgotos do Piauí S/A Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888		Inscrição 113 2 07 0573 0171-000	AG= 71
Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.	Matrícula 1735348-3	Referência JUN/2018

VENCIMENTO 17/06/2018**TOTAL A PAGAR (R\$)**

29,65

8265000000-3 29650001021-7 74574830620-1 1800000001-8



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800.0221204 ou 0800.221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

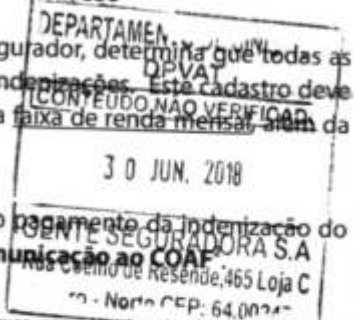
<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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



Pelo exposto, eu JOSÉ IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF 411.758.943 / 72,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUIZA AURILENE NOGUEIRA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 273.269.423 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
LUIZA AURILENE NOGUEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 273.269.423 / 15, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS</u>		Número <u>187</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>VALE VERDE</u>	Cidade <u>VALENÇA</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64300-000</u>
Email <u>jose.ivan35@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(89) 994122206</u>	Telefone celular (DDD) <u>999260020</u>

VALENÇA-PI, 25 de JUNHO de 2018
Local e Data

José Ivan de Oliveira
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800.0221204 ou 0800.221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

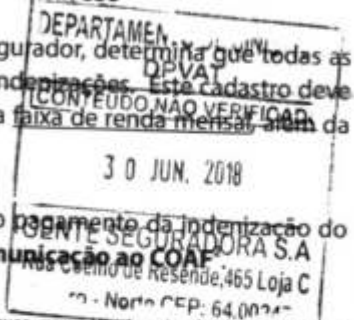
<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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 inscrito (a) no CPF 411.758.943 / 72,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUIZA AURILENE NOGUEIRA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 273.269.423 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
LUIZA AURILENE NOGUEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 273.269.423 / 15, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS</u>		Número <u>187</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>VALE VERDE</u>	Cidade <u>VALENÇA</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64300-000</u>
Email <u>jose.ivan35@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(89) 994122206</u>	Telefone celular (DDD) <u>999260020</u>

VALENÇA-PI, 25 de JUNHO de 2018
Local e Data

José Ivan de Oliveira
Assinatura do Declarante

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENÇA DO PIAUI/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Ambulatório)

Atendimento: B0192165
Data: 14/02/2018
Funcionario: DANRLEY

Registro: 168
Hora: 09:51:00
Tipo: PROCEDIMENTOS
Sexo: FEMININO

Senha 1

SUS

LUIZA AURILENE ROCHA

Nasc.: 08/04/1963 Idade: 54 ANOS, 10 MESES, 6 DIAS Profissão: FUNCIONÁRIO PÚBLICO Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64300-000
End.: AVENIDA SANTOS DUMONT, 661 - Bairro: CENTRO Cidade: VALENÇA DO PIAUI/PI
Cor: AMARELA Telefone: (89) 9999-76172 Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA LO Pai: VALDEMAR PEREIRA LO

Clinica: ORTOPEDIA

Documento: 98742 - MARIA GENÉSIA CONCEIÇÃO NETO SILVA

Responsavel: LUIZA AURILENE ROCHA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

14/02/2018 9:51 0301060100 ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZACAO PROVISORIA

Procedimento

Artroscopia

Fíbula (E)



Imobilização

Atleta com 130cm

14/02/18

41 Luiza Mendes. Bomfim

"Atestado"

Atento para o dolo de que
o presente documento
de valor do lateral

Atenção de valor do lateral
em que o mesmo

Reservado de 30 (trinta) dias
de pagamento do lateral

(R\$ 5076 + 11%)

73105(2018)



Nome: LUIZA AURILENE ROCHA
Requisitante: SAMUEL G. DANTAS ARRAES
Data: 26/02/2018

Nº.: 17210

EXAME: RX DA PERNA ESQUERDA (02 INC)

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Fratura oblíqua completa no terço distal da fibula.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.



PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO

CRM: 3255

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

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a) Sr(a) Leuzia Aurélio Rocha
portador de CPF: 273.263.423-15

~~encontra-se em~~ ^{realiza} tratamento fisioterapêutico no ambulatório de Fisioterapia do
Hospital Regional Eustáquio Portela - Sito à Av. Santos Dumont, SN - Centro
- Valença do Piauí. CNPJ: 06.553.564/0011-00, para reabilitação de fratura
na tíbia (membro inferior esquerdo)

Exame Físico: Presença de edema na região de tornozelo E;
dor à palpação na linha articular de tornozelo
e dor ao movimento do pé E, redução da AM para dorsiflexão.

Exames complementares: Raio X da perna E: fratura distal
completa na tíbia distal da tíbia.



Valença do Piauí, 14 / 05 / 18.

Leuzia Rosana L. C. Camberimba
Fisioterapeuta
CREFITO: 217993-F

Fisioterapeuta



RECEITUÁRIO

Nome: Luiza Aurilene Rocha

Acidente vitima ocidente de trânsito (SIC),
dia 14/02/2018, com Traumatismo em
punha esquerda e fratura completa
obliqua $\frac{1}{3}$ distal da Fibula esquerda e es-
conarado pelo corpo; sendo realizado trata-
mento conservador, alta do tratamento;
dia 20/05/18, com redução da capaci-
dade funcional do membro inferior esquer-
do de aproximadamente 30%, no momento
do exame médico.

Valença do Piauí - PI 13/Junho/2018

Dr. Helder Antonio Medeiros
MEDICO
CRM 2640
CPF: 434.208.183-72



DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 JUN. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Rio de Janeiro CEP: 64.000-000

CÓDIGO DE CONTROLE
34BC.87BE.AAF3.6AB2

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:44:10 do dia 07/04/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador 00



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
273.269.423-15

Nome
LUIZA AURILENE ROCHA

Nascimento
08/04/1963

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CPF: 36.100.495-3 DATA DE EMISSÃO: 10/DEZ/98

NOME: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

ENDEREÇO: IVO TRAJANO DE OLIVEIRA E IDA MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA

VALÊNCIA DO PIAUI - PI DATA DE NASCIMENTO: 17/SET/1972

VALÊNCIA DO PIAUI/PI

CN: LV.A003/FLS.057V/N.001927

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI N.º 7.106 DE 19.09.83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 1342-5

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GARRIBOLDI

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CPF: 36.100.495-3

NOME: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 17/09/72

ASSINATURA: Jose Ivan de Oliveira

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

11 - NOME: CPF: 64.003.77

ASSINATURA: Jose Ivan de Oliveira

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Esta documentação é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida e exigível por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 23/12/98

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Nº de Inscrição: 411758243-72

Data de Nascimento: 17/09/72

Barcode

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013029939250
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00488148235 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017
NOME FRANCISCO ALVES DA SILVA
CPF / CNPJ 06709141349 PLACA OKO-4386

PLACA ANT. / UF OKO-4386 CHASSI 9BG148MH0DC435481

ESPÉCIE TIPO ESP/CAMINHONE/AB/CAB.D COMBUSTÍVEL DIESEL

MARCA / MODELO CHEVROLET/S10 LTZ DD4 ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

CAP. / POT. / CIL 05P/180CV/OCC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA

FADIA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) PAGO PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

A/FID. BANCO BRADESCO S.A.

CMT 006,00 PBT 003,10

VALENÇA DO PLACI 19/06/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013029939250 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 19/06/2017
VIA 1 CPF / CNPJ 06709141349 PLACA OKO-4386

RENAVAM 00488148235 MARCA / MODELO CHEVROLET/S10 LTZ DD4

ANO FAB. 2012 CAT. TARE 10 Nº CHASSI 9BG148MH0DC435481

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00 000,00 000,00

000,00 000,00 071,08

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE CANCELAMENTO 16/06/2017

SEGURO COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

DEPARTAMENTO DE LICENCIAMENTO
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Nº 11 - N.º CEP: 64.000-00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180301714 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA AURILENE ROCHA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA

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: 3180301714 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA AURILENE ROCHA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU MÉDIO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR. REALIZANDO FISIOTERAPIA. DÉFICITS DE FLEXÃO DORSAL (REALIZA 0-15), FLEXÃO PLANTAR (REALIZA 0-20), ABDUÇÃO (REALIZA 0-15) E ADUÇÃO (REALIZA 0-15) DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/07/2018

Conduta mantida:

Observações: - NOTA: NÃO ENCONTRO NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, RELATO DE FRATURA DO 3º METATARSO DE PÉ ESQUERDO. PACIENTE APRESENTA SEQUELA DE PARALISIA INFANTIL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, QUE FOI AGRAVADA PELA FRATURA.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: <u>LUÍZA AURILENE ROCHA</u>			
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOITEIRA</u>	Profissão: <u>RECUSOU</u>	
RG: <u>935.321</u>	Org. emissor SSP-PI	D. Expedição <u>12/103/187</u>	CPF: <u>273.269.423-15</u>
Endereço: <u>AV. SANTOS DUMONT</u>		Nº <u>661</u>	Bairro: <u>VALENTIM</u>
Cidade: <u>VALENÇA</u>		Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64300-000</u>

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

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

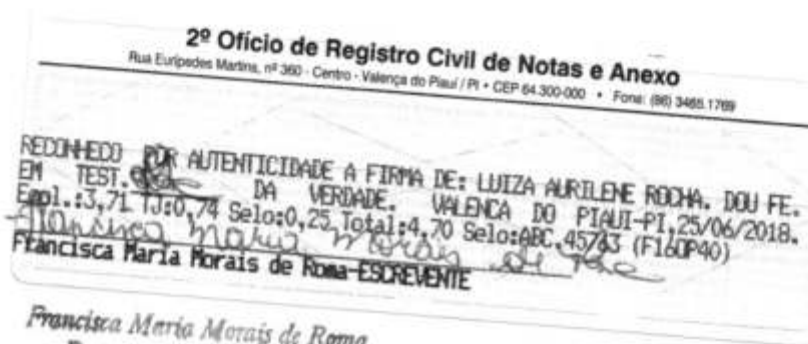
LUÍZA AURILENE ROCHA

Local / data: VALENÇA DO PIAUI-PI 25/06/2018



Luíza Aurilene Rocha

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Francisca Maria Moraes de Roma
Escrivente Autorizada

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **LUIZA AURILENE ROCHA**

Nº Sinistro: **3180301714**

Vitima: **LUIZA AURILENE ROCHA**

Data do Acidente: **14/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE IVAN DE OLIVEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180301714**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13090138



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUIZA AURILENE ROCHA

Sinistro: 3180301714
Vítima: LUIZA AURILENE ROCHA
Data do Acidente: 14/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180301714** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Carta nº: 13189739

A/C: LUIZA AURILENE ROCHA

Nº Sinistro: 3180301714
Vítima: LUIZA AURILENE ROCHA
Data do Acidente: 14/02/2018
Cobertura: 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: LUIZA AURILENE ROCHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002761-8

Conta: 000010007285-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	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



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

Sinistro: **3180301714**
Nome do(a) Examinado(a): **LUIZA AURILENE ROCHA**
Endereço do(a) Examinado(a): **R SANTOS DUMONT nº 661 - CENTRO - VALENCA DO PIAUI/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 935321 - SSP**
Data e local do acidente: **14/02/2018 VALENCA DO PIAUI/PI**
Data e local do exame: **23/07/2018 PICOS/PI**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR. REALIZANDO FISIOTERAPIA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

DÉFICITS DE FLEXÃO DORSAL (REALIZA 0-15), FLEXÃO PLANTAR (REALIZA 0-20), ABDUÇÃO (REALIZA 0-15) E ADUÇÃO (REALIZA 0-15) DE TORNOZELO ESQUERDO

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU MÉDIO DE TORNOZELO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo 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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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): **TORNOZELO ESQUERDO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

NOTA: NÃO ENCONTRO NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, RELATO DE FRATURA D 3º METATARSO DE PÉ ESQUERDO - PACIENTE APRESENTA SEQUELA DE PARALISIA INFANTIL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, QUE FOI AGRAVADA PELA FRATURAS.

Médico Perito: **LUANNA MOURA MOREIRA CRM:4718/PI**


Dra. Luanna Moura
Médica
CRM - 4718

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

273.269.423-15

Nome completo da vítima

LUÍZA AURILENE NOCHA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
LUÍZA AURILENE NOCHA		273.269.423-15		NECUSOU	
Endereço		Número		Complemento	
AV. SANTOS DUMONT		661		CASA	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
VALENTIM	VALENCIA	PI	64300-000	8999412206	
Email					
jareivon35@hotmail.com					

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> BANCO DO BRASIL 001		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 2761 8	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 7.285 0					

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

VALENCIA-PI, 25 de JUNHO de 2018
Local e Data

x Luíza Aurilene Nocha
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/05/2018 . AUTO-ATENDIMENTO 16.30.23
276172296 0000

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: LUIZA AURILENE ROCHA
AGENCIA: 2761-8 7.285-0

SALDO

LIM	500 DISPONIVEL	
JUROS	11,95	IOF
TX,CH,ESP,CLASSIC	11,82% VENCIMENTO	30.04.2019
QTDE DIAS CHQ ESP		12

DEPARTAMENTO DE JUNTA
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
30 JUN. 2018
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
- Niterói CEP: 64.007-11



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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Certifico e dou fé, que a presente
Cópia confere com o original.
Valença, 25/06/2018
Em testº da verdade
Francisca Maria Moraes de Romo
Tabela Pública
Escrevente Autorizada

593 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000454/2018-97

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gilberto Lopes Da Silva

Data/Hora: 04/06/2018 - 20:38

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

AV SANTOS DUMONT PARA O BAIRRO VALENTIM, Nº:

Complemento

VALENTIM

454175

Data/Hora

14/02/2018 - 09:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Porto Alegre - RS CEP: 91040-000

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUIZA AURILENE ROCHA

RG: 935321 SSP/PI

Mãe: MARIA OLINDA ROCHA

Endereço: AV SANTOS DO MOM, Nº 661

Complemento: VALENTIM

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

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

1 - MOTOCICLETA.

Cor:

Qtd: 1

Valor: 0,00

Modelo:

Nº Série:

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - GM.

S10

OKO4386

9BG148M0DC435481

00488148235

Branca

Condutor: LUIZA AURILENE ROCHA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro:

Proprietário: FRANCISCO ALVES DA SILVA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE VALENÇA DO PIAUÍ PARA REGISTRAR O OCORRÊNCIA NO SEGUINTE TEOR: QUE NO DIA HS ACIMA MENCIONADO QUANDO ESTAVA DE CARONA E AO CHEGAR EM SUA RESIDENCIA SEM OBSERVA QUE O VEICULO NÃO ESTAVA TOTALMENTE PARADO A MESMA AO DESSE DO VEICULO PISOU EM FALSO E CAIU EM UM BURACO QUE HAVIA NO LOCAL SEM QUE O MOTORISTA PERCEBEU A VITIMA FOI SOCORRIDO POR PAPULARES E LAVADA PARA O HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA EM VALENÇA DO PIAUÍ ONDE TEVE ATENDIMENTO MEDICO ERA O QUE TINA A REGISTRAR.

Gilberto Lopes Da Silva - Mat. 0414808
AGENTE DE POLÍCIA

x Luiza Aurilene Rocha.
LUIZA AURILENE ROCHA - Noticiante
Responsável pela Informação