

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

**LUIZA AUNILENE NOCHA**

CPF da Vítima

**273.269.423-15**

Data do Acidente

**14/02/2018**

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

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 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 Luiza Aunilene Nucha.**

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

**LUIZA AUNILENE NOCHA**

CPF da Vítima

**273.269.423-15**

Data do Acidente

**14/02/2018**

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

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 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 Luiza Aunilene Nucha.**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Senha 14**

CPF: 27326942315 - RG: 935423 - SUS: 708205609393374

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64300-00

**LUIZA AURILENE ROCHA**

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

Profissão: FUNCIONÁRIO PÚBLICO

Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI

End.: AVENIDA SANTOS DUMONT, 661 -

Bairro: CENTRO

Cidade: VALENCA DO PIAUI/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

Responsavel: 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 MÉDICOS)

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

**Queixa principal:**

Audute de fratura (SAC)

**Exame clinico/fisico:**

Tron Penne B, com fratura

completa obliqua 3/4 eixo da Ríbula (E)  
e varicos pelo corpo.

**Diagnóstico provável:**

**Medicação:**

**Procedimentos/exames realizados:**

1) Immobilização Penne (E)

Ass. Técnico

2) Desmontagem do E (fim)

3) Realização Intervenção



Helo. Antônio Martins de Oliveira  
14/02/2018 - 09:35:00  
LUIZA AURILENE ROCHA

# 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: 06.840.778/0001-09 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Banco Fazenda / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Reverso especial da impressão autorizada pela SEFAZ (06/98)

Nº da Nota Fiscal: 006994029

Resumo especial da arrecadação autorizada pela SERSP/DSI/99		pela Lei nº 10.435 de 20-06-2002	
CONTA-MES	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 - VALENCA DO PIAUÍ ROT: 212.750.09.54.068720

CEP: 04.360-000		VALORES DE LEITURA	
DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	<b>6828</b>	Atual:	<b>12/06/2018</b>
Anterior:	<b>6587</b>	Anterior:	<b>14/05/2018</b>
Constante de Multiplicação:	<b>1.000</b>	Próxima Leitura:	<b>13/07/2018</b>
Consumo Medido:	<b>241</b>	Emissão:	<b>11/06/2018</b>
Consumo Faturado:	<b>241</b>	Apartentação:	<b>12/06/2018</b>

NORMAL		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		29
Cidade/Subsídia	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Pnt.

<b>RESIDENCIAL</b>	<b>MONO</b>	<b>A238508</b>	<b>1.1.1.1</b>	<b>247</b>
<b>HISTÓRICO E WBS</b>			<b>DETALHADO DA CONTA</b>	

Mês/ano consumo	CONSUMO	241 A R\$ 0,848765 =	204,55
MAI/18	245	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	18,53
ABR/18	230	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00	0,53
MAR/18	246	MULTA POR ATRASO 05/18-00	4,03
FEV/18	211	JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00	0,94
JAN/18	288	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,39
DEZ/17	339	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,98
NOV/17	301		
OUT/17	226		
SET/17	263		
AGO/17	196		
THRIF SEM TRIBUTOS:			
0 A 241 - 0,590641			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 055 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.



REFERRAL TO AGENCE D'ÉTUDES  
D47F . CBD7 . 9C47 . B8A8 . D944 . E680 . 5D22 . A5FA

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

ANO	ORIENTANTE	INDICADORES DE CONTINUIDADE						PERÍODO DA APRENDIZAGEM	DATA	CÓD.
		PCP	PCP	FIC	DNIC	ENCI				
Lider		7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14		
Auxiliar		0,00		0,00		0,00		0,00		

2021-213-250-00-54-065728

Eletrobras  
Energia do Brasil

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Macacuá 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

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

CPF: 06.840.748/0001-89 | Nome: Estrela | N. da Nota Fiscal: 0000974023 |

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



Águas e Esgotos do Piauí S/A

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

Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27

Internet: www.agespisa.com.br

Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

**Fatura Mensal**

MÁTRICULA

1735348-3

Hidrômetro

AO7N381254

Referência

JUN/2018

Nome/Razão Social/Endereço

JOSE IVAN DE OLIVEIRA  
RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 18/  
VALE VERDE  
VALENCA 64300000

AG= 71

Situação  
Equivalente

3/1

Eq.

Categorias de Uso  
Com. Ind. Pub.Inscrição  
113 2 07 0573 0171-000

Período de Consumo

10/05/2018

09/06/2018

Dias Consumo

30

Histórico de Consumo

Mês/Ano  
1/17  
0/18  
0/18  
0/18  
0/18  
0/18  
0/18

Leitura

354

354

354

354

354

354

354

Consumo

0

0

0

0

0

0

0

3

0

Forma de Faturamento

FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO

Cód. Residencial

916181790

Código da Tarifa

01

Consumo Mínimo

Cota. Pct. Apos.

Cota. Pct. Espeto

3

Consumo

Consumo Padrão

3

13

## DESCRICAÇÃO DA FATURA

Cód. Nome do Serviço

ÁGUA

TITLA IMPONTUALIDADE 001/001

TIROS DE MORA 001/001

MANUTENCAO HIDROMETRO

VENCIMENTO

17/06/2018

TOTAL A PAGAR R\$

Aviso de Débito! Contas: 1 Valor: R\$ 29,37

CINCRME LEI FEDERAL 11.445/007 o SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO



CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2014/2013-MB							
Parâmetros	Turbidez	Car.	Oxig.	pH	Ferro	Cal/Total	Esterior/Interior
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	4,0 a 9,2	4,5	Acima	Acima
NP Mínimo de Amostras Exigidas							
NP Amostras Realizadas							
NP Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,51	0,46	0,90	7,17	0,00	0,00	0,00
FRETE E FRETE DE VOLTA DE AMOSTRA, LIGAÇAO E REDE, NÃO ESTAMOS CONHECIDOS							
Conclusão:							
Mensagens:							
A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA, RETIRE A VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR, EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA, ESGOTO COLETADO PELA AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL							

Mátricula	Inscrição	113 2 07 0573 0171-000	AG= 71
Raz.	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.	1735348-3	Balanço

VENCIMENTO

17/06/2018

TOTAL A PAGAR R\$

29,65

82650000000-3 29650001621-7 73534830620-1 18000000001-8



## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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**.

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

<sup>2</sup> 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.

30 JUN. 2018

Pelo exposto, eu JOSÉ IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF H11 758 343 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUIZA AUNILENE NOCHTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 273.269.423 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALEZ da Vítima LUIZA AUNILENE NOCHTA, 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 VENDE</u>	Cidade	<u>VALÉNCIA</u>	Estado	<u>PI</u>
Email	<u>jose.ivan35@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(89) 994192206</u>	Telefone celular (DDD)	<u>999960020</u>

VALÉNCIA-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 SUSEP<sup>1</sup> 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**.

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

<sup>2</sup> 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.

30 JUN. 2018

Pelo exposto, eu JOSÉ IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF H11 758 343 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUIZA AUNILENE NOCHTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 273.269.423 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALEZ da Vítima LUIZA AUNILENE NOCHTA, 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 VENDE</u>	Cidade	<u>VALÉNCIA</u>	Estado	<u>PI</u>
Email	<u>jose.ivan35@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(89) 994192206</u>	Telefone celular (DDD)	<u>999960020</u>

VALÉNCIA-PI, 25 de JUNHO de 2018

Local e Data

José Ivan de Oliveira

Assinatura do Declarante



**HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA**  
 AV SANTOS DUMONT,  
 CENTRO, VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000  
 CNPJ: 06553564001100  
 (89) 3465-1015 - (89) 3465-1369  
 HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

**Ficha de Atendimento (Ambulatório)**

Atendimento: 80192165      Registro: 168  
 Data: 14/02/2018      Hora: 09:51:00  
 Funcionario: DANRLEY      Tipo: PROCEDIMENTOS  
 Sexo: FEMININO  
**SUS**

**Senha 1**

**LUIZA AURILENE ROCHA**

Nasc.: 08/04/1963      Idade: 54 ANOS, 10 MESES, 6 DIAS      Profissão: FUNCIONÁRIO PÚBLICO  
 End.: AVENIDA SANTOS DUMONT, 661 -      Bairro: CENTRO      Cidade: VALENCA 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

Roxana alinhada

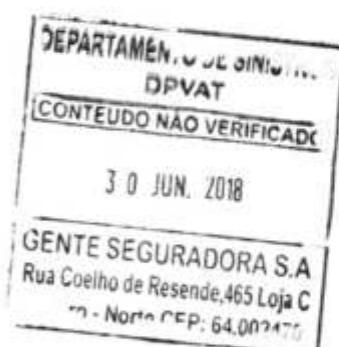
Antes.

Fibula (E)

Imobilizar

Aterro sobre 13dm

14/02/18





"Moya dunders . Balanç"

"Alertado"

Alerto para o diretor geral que  
o paciente domingos pedro  
de volta do lateral

pt: jatene de volta do lateral  
mejor de considerar

Mesmo endo de 300 mts (des)  
de apartamento lateral

(03) 5826-4123

23/03/2018

PF



Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone (89) 3465-1201 - Valença do Piauí - PI

e-mail: clinicaantonibomfim@hotmail.com

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 obliqua completa no ferço distal da fíbula.
- 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) Luzia Nuncié Rocha  
portador de CPF: 273.263.423-35

encontra-se em 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 pé  
tornozelo e joelho (membro inferior esquerdo)

Exame Físico: Presença de edema na região do tornozelo  
do F; dor à palpação na 9ª hora extensor do tornozelo  
ausculta dorsal do pé F, redução da AM para dorsiflexão.

Exames complementares: Raios X do joelho F: gótimo obliqua  
completa no topo distal da fibula.



Valença do Piauí, 34 / 05 / 18.

*Luzia Rossana L. C. Camberimba*  
Fisioterapeuta  
CREFI/PI: 217993-F

Fisioterapeuta



Clinica  
Dr. Helder  
Oliveira

DEPARTAMENTO DE VENAS  
Av. Prof. João Soares, 966 - Centro  
Valença do Piauí - PI - OPVAT  
CNPJ: 04.015.067/0001-00  
CONTENDO NÃO VERIFICADO

30 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Nº - Norma SEP: 64.002-00

## RECEITUÁRIO

Nome:

Luiza Silene Rocha

Paciente vítima acidente de trânsito (SIC),  
dia 14/02/2018, com traumatismo em  
perna esquerda e fratura completa  
obliqua  $\frac{1}{3}$  distal da Fibula esquerda e es-  
conhecida 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 Antônio Oliveira  
MEDICO  
CRM: 153742  
CPF: 491.168-153-74 CRM 2640

ICELIA (09) 3467-4000

Saúde é Vida

**(89) 3465.2647**

*Luzia Aurilene Rocha*



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

935.321 12.03.1987

LUIZA AURILENE ROCHA

Valdemar Pereira Lô

Maria Olinda Rocha

Parambu-CE 08 Abril.1963

Nascido 1820 fls.2,6 liv.A-2  
Exp. Parambu-CE 30.11.1970

VALIDEZ ATÉ 10 DE MARÇO DE 2018

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL  
DPFAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
m - Norm. rep. 64.00074-

CÓDIGO DE CONTROLE  
34BC.87BE.A4F3.6A82

A autenticidade desse comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

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



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

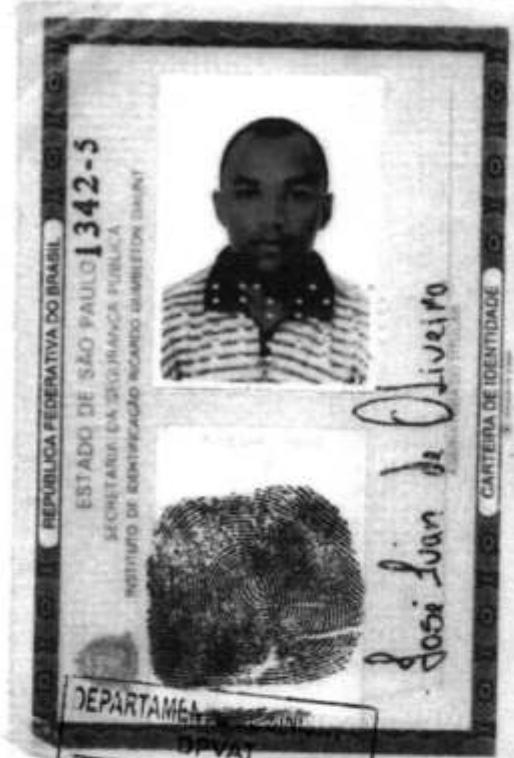
Número  
273.269.423-15

Nome  
LUIZA AURILENE ROCHA



Nascimento  
08/04/1963

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



<p><b>Este documento é o comprovante da inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, emitido e autenticado por termos em sede das causas previstas na Legislação vigente.</b></p> <p style="text-align: right;">3</p>
<p><b>Assinatura</b></p> <p><i>José Lym de Oliveira</i></p>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PI

Nº 013029939250

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1963 00c4 e73b f8b4 603d 17df 0381 7b5e 3ba1 dd06 8617	CÓD. 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	
ESPECIE 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/0CC	CATEGORIA PARTICU	COR PREDOMINANTE BRANCA
I P V A	COTA ÚNICA FADA IPVA	VENC. COTA ÚNICA PARCELAMENTO / COTAS
VERG / COTAS 1º IPVA 2º PAGO 3º		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURADO PAGO	IDF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
OBSERVAÇÕES A/FID. BANCO BRADESCO S.A.		
CMT 006,00 PBT 003,10 INSCRIÇÃO		
VALENCA DO PIABI		
		19/06/2017

*Assinatura do Segurado*  
MARCOS LIMA DO RÉSIO LORAO  
DEPUTADO GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATÓRIO 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

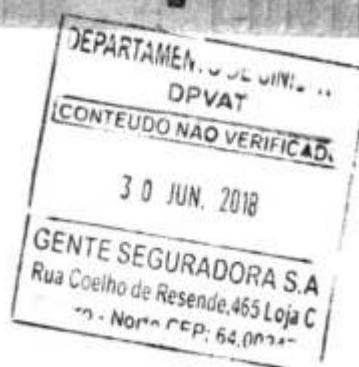
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1	CPF / CNPJ 06709141349	PLACA OKO-4386
RENAVAM 00488148235	MARCA / MODELO CHEVROLET/S10 LTZ DD4	ANO FAB. 2012
CAT. TABE 10	Nº CHASSI 9BG148MH0DC435481	DATA EMISSÃO 19/06/2017
PRÉMIO TARIFÁRIO		
000,00	000,00	000,00
000,00	000,00	071,08
X	PAGAMENTO COTA ÚNICA	DATA DE QUITAÇÃO 16/06/2017
PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.908/0001-04



# 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

**Valorização 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 PERMITIU 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:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Edson L D Andrade".

# 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

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

## 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)**

<b>Nome:</b> LUIZA AURILENE NOCHA			
<b>Nacionalidade:</b> BRASILEIRA		<b>Estado Civil:</b> SOLTEIRA	<b>Profissão:</b> RECUSOU
RG: 935.321	Org. emissor SSP-PI	D. Expedição 12/10/187	CPF: 273.269.423-15
<b>Endereço:</b> AV. SANTOS DUMONT		<b>Nº</b> 661	<b>Bairro:</b> VALENTIM
<b>Cidade:</b> VALENÇA		<b>Estado:</b> PI	<b>CEP:</b> 64300-000

### **OUTORGADO: (Dados do procurador)**

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

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representá-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

LUIZA AURILENE NOCHA

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



Luzia Aurilene Nucha

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



**2º Ofício de Registro Civil de Notas e Anexo**  
Rua Eurípedes Martins, nº 360 - Centro - Valença do Piauí - PI • CEP 64.300-000 • Fone: (86) 3485-1789

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: LUIZA AURILENE NOCHA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 25/06/2018.  
Evol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,25 Total: 4,70 Selo: ABC.45763 (F160P40)  
Francisca Maria Moraes de Roma-ESCREVENTE  
Francisca Maria Moraes de Roma-ESCREVENTE

Francisca Maria Moraes de Roma  
Escrevente 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**



---

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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 n°: 13189739

A/C: LUIZA AURILENE ROCHA

Nº Sinistro: 3180301714  
Vitima: 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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 PIAUÍ/PI**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 935321 - SSP**

Data e local do acidente: **14/02/2018 VALENCA DO PIAUÍ/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%

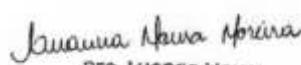
Região Corporal(Sequela):

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  
Moreira  
Médica  
CRM - 4718**

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

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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 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 no 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

LUIZA AUNILENE NOCHA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Endereço	Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado
Email	CEP	Telefone (DDD)

Nome completo: LUIZA AUNILENE NOCHA  
 CPF titular da conta: 273.269.423-15  
 Profissão: RECUSOU  
 Endereço: AV. SANTOS DUMONT  
 Número: 661  
 Complemento: CASA.  
 Bairro: VALENTIM  
 Cidade: VALENCIA  
 Estado: PI  
 CEP: 64300-000  
 Email: jocelyneivan35@hotmail.com  
 Telefone (DDD): (89) 994122206

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

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

VALÉNCIA - PI, 25 de JUNHO de 2018

Local e Data

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





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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000454/2018-97

Unidade de Registro: 7º 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, N°:

Complemento

VALENTIM

454175

Data/Hora

14/02/2018 - 09:00

DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÕES  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
CNPJ: 23.500.244/0001-27

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUIZA AURILENE ROCHA

RG: 935321 SSP

Mãe: MARIA OLINDA ROCHA

Endereço: AV SANTOS DO MOM, N° 661

Complemento: VALENTIM

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

### 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: 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

\* Luisa Aurilene Rocha.  
LUIZA AURILENE ROCHA - Noticiante  
Responsável pela Informação