



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização da prefeitura

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, Diego de Oliveira Lima PORTADOR(A) DO RG N° 2818320 EXPEDIDO POR SEPPJ EM 10/08/07
CPF (0306500603-96 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Revisor
E RENDA MENSAL DE R\$ Revisor) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Diego de Oliveira Lima 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 abertos relacionados estão disponíveis.

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL DEPARTAMENTO DE FINANÇAS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA
- Conta Empresarial – nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA. DPVAT
- 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 Lotáticas 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 com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RFB - Fazenda Federal GENTE SEGURADORA S.A.
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/beneficiário;

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, 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 N° da AGÊNCIA (sem dígitos se existir) Nº de CONTA (sem zeros)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E BAN

Nº do BANCO 04 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3887 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000103258

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O REFERIMENTO E DOU COMO DUITADO OS VALORES DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

MÊNTO 01 30 de AGOSTO de 2017 X Diego de Oliveira Lima
LOCAL E DATA 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.

LINHA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0100
ENVIO DIRETO 0800 726 7474

242-856547190-6

30/08/2017

HORA DE 15:13

LOT: 16 145601-6

TERMO 010070

LOCALIDADE: VALENCIA DO PIAUÍ

CONTROLE: 586447461

AG: VINDULADA 3807

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3887 B13 000120325-8

DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

VALOR

ESTE RECIBO É VALIDO COMO
COMPROVANTE DA DEPOSIÇÃO

242-856547190-8

1a VIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-670

**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): Diego de Oliveira Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sao Jose, 864
Centro Valença do Piauí PI CEP: 64300-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 2.818.390
Data local do exame: [18/09/2017] 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 INCOMPLETA DO SÉTIMO ARCO COSTAL DIREITO.
DOR A PALPAÇÃO.**

- 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.

SATISFATÓRIA.

Data da alta: ALTA DEFINITIVA EM 20 DE MAIO DE 2017.

CONSERVADOR.

Complicações: SEM COMPLICAÇÃO.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

() Sim **(X) 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.

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

(X) “Sem sequela permanente”

*(NÃO EXISTEM LESÕES DIRETAMENTE DECORRENTES
DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUE NÃO SEJAM
SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR
QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA)*

() “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):

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**

Região Corporal (Sequela):

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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000733/2017-71

Complementar ao BO Nº: 122451.000732/2017-25

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Danilo Barbosa Leal

Data/Hora: 27/07/2017 - 09:05

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

19/04/2017 - 23:00

Tipo Local

336476

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

CENTRO

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

RUA CORONEL ANIBAL MARTINS, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

EM FRENTE À UNIDADE ESCOLAR SANTO ANT

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO/Noticiante

RG: 2818390 PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Mãe: OTILIA OLIVEIRA DE SOUSA

DPVAT

Pai: IVANILDO BARBOSA LIMA

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Endereço: RUA SAO JOSE, Nº 864

31 AGO. 2017

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-3465-1878

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Colisão, Abaloamento ou Choque de veículo(s) sem vítima.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam: Cor:

1 - HONDA NXR160 BROS ESD

2016 PIZ3370 9C2KD1000GR032295

01107635524 Vermelha

Condutor: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

RG: 2818390 Órgão: UF RG: PI

End: RUA SAO JOSE Número: 864 Complemento:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: AMANDO LIMA

Proprietário: MARDEN WENDERSON MESQUITA ARAUJO

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE COMPARCEU A ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR QUE EM DATA, HORA E LOCAL ACIMA INFORMADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA QUANDO ACELEROU-A PERDENDO O EQUILÍBRIO E COLIDIU COM O ÔNIBUS ESCOLAR QUE ESTAVA PARADO EM FRENTE À UNIDADE ESCOLAR SANTO ANTONIO, QUE DO ACIDENTE RESULTARAM LESÕES, CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO P0159446 DO HREP (HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA - VALENÇA DO PIAUÍ) E RAIO X DE TÓRAX APRESENTANDO FRATURA INCOMPLETA NO 7º ARCO COSTAL À DIREITA, APRESENTADOS NESTA DELEGACIA PELO CONDUTOR. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Danilo Barbosa Leal - Mat. 2868296
AGENTE DE POLÍCIA

DIEGO DE OLIVEIRA LIMA - Noticiante
Responsável pela Informação

2º Ofício de Registro Civil de Notas e Anexo

Rua Eusébio Martins nº 380 Centro - Valença do Piauí / PI - CEP 64.000-000 - Fone: (89) 3465-1789

07/07/2017 à 09:05 - POC/2017-07-07-0905 - 4. DELEGACIA
CORPO DE FAMÍLIA, NOTA 07123, FE
VALÉNCIA DO PIAUÍ, PIAUÍ - BRASIL
07/07/2017 09:05:00 - 4. DELEGACIA





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



1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000733/2017-71

Complementar ao BO Nº: 122451.000732/2017-25

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Dânilo Barbosa Leal

Data/Hora: 27/07/2017 - 09:05

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

19/04/2017 - 23:00

Tipo Local

286476

VIA PÚBLICA

Bairro
CENTRO

409634

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

RUA CORONEL ANIBAL MARTINS, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

EM FRENTE À UNIDADE ESCOLAR SANTO ANT

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

Tipo Envolt: CONDUTOR DE VEÍCULO/Noticiante

RG: 2818390 PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Mãe: OTILIA OLIVEIRA DE SOUSA

OPVAT

Pai: IVANJLDO BARBOSA LIMA

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Endereço: RUA SAO JOSE, Nº 864

31 AGO. 2017

Bairro: AMANDO LIMA

CENTRO DE SEGURADORAS

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Telefone(s): 89-3466-1878

Centro - Norte CEP: 64.602-470

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Colisão, Abaloamento ou Choque de veículo(s) sem vítima.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	NXR160 BROS ESD	2016	PIZ3370	9C2KD1000GR032295	01107635524	Vermelha

Condutor: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

RG: 2818380 Órgão: UF RG: PI

End: RUA SAO JOSE Número: 864 Complemento:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: AMANDO LIMA

Proprietário: MARDEN WENDERSON MESQUITA ARAUJO

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: OUTROS - ZONA URBANA

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR QUE EM DATA, HORA E LOCAL ACIMA INFORMADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA ÁCIMA DESCrita QUANDO ACERLOU-A PERDENDO O EQUILÍBRIO E COLIDIU COM O ÔNIBUS ESCOLAR QUE ESTAVA PARADO EM FRETE À UNIDADE ESCOLAR SANTO ANTONIO, QUE DO ACIDENTE RESULTARAM LESÕES, CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO P0159448 DO HREP (HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA - VALENÇA DO PIAUÍ) E RÁIO-X DE TÓRAX APRESENTANDO FRATURA INCOMPLETA NO 7º ÁRCO COSTAL À DIREITA, APRESENTADOS NESTA DELEGACIA PELO CONDUTOR, ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Daniel Barbosa Leal
 Daniel Barbosa Leal - Mat. 2868286
 AGENTE DE POLICIA

Diego de Oliveira Lima
 DIEGO DE OLIVEIRA LIMA - Noticiante

Responsável pela Informação



2º Ofício de Registro Civil de Notas e Anexo

Rua Esmeralda Martini, nº 360 - Centro - Valença do Piauí / PI - CEP 64.600-000 - Fone: (89) 3485-1769

Este documento é de uso exclusivo da Delegacia Geral de Polícia Civil do Estado do Piauí. É vedada a sua reprodução, total ou parcial, sem autorização escrita da referida Delegacia. O seu uso é sujeito à penalidade prevista na legislação brasileira, que prevê pena de prisão e multa para quem violar o direito de propriedade intelectual.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Diego de Oliveira Lima, portador da carteira de identidade nº 2818390 e inscrito no CPF/MF sob o nº 031.621.673-96, residente e domiciliado na Rua São José nº 864, Cidade Valença, Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Diego de Oliveira Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

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

Valença do Piauí PI 10/08/2017

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Diego de Oliveira Lima, portador da carteira de identidade nº 3818390 e inscrito no CPF/MF sob o nº 031.621.673-96, residente e domiciliado na RUA SÃO JOSÉ N° 864, Cidade VALÉNCIA, Estado PIAUÍ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

Diego de Oliveira Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 485 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470

Valéncia do Piauí PI 10/08/2017

Local e data



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

DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

Nasc.: 23/05/1998 Idade: 19 ANOS,2 MESES,3 DIAS Profissão:
 End.: SAO JOSE, 864 - Bairro: AMANDO LIMA Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI
 Cor: PARDA Telefone: () Mé: OTILHA OLIVEIRA DE SOUSA Pal: IVANILDO BRABOSA LIMA

Clínica: ENFERMAGEM Documento: 397343 - ALANE DA SILVA TORRES

Responsável: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

Comprovante de alta cardernaria

00005



Procedimentos

19/04/2017 23:50 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO N
 Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal:

*Coron da módo
dolor intensa - côrdio ríve*

Exame clínico/físico:

*Exa profissionalmente
dolor intenso na parede toracica
dor intenso na parede toracica*

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

*Radiografia tórax
Ecografia tórax*

Ecografia abd

Ecografia abd

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

3 AGO. 2017

GENESEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Aracaju - CEP: 64.002-470

*Dr. Thiago Amorim Neves Reis
Ginecologista - Assistente
CRM-PB: 10222-273/CRN-MA: 787*

Responsável: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

397343 - ALANE DA SILVA TORRES



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Diego de Oliveira Lima

RG nº 2818390, data de expedição 10/08/07, Órgão SSPPI,

CPF nº 031.621.673-96, venho perante a este instrumento declarar que ~~não~~ posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São José</u>
Número	<u>864</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>AMANDO LIMA</u>
Cidade	<u>Valença</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 999872838-994122906</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me,

Local e Data: Valença do Piauí 30/08/2017

Assinatura do Declarante: X Diego de Oliveira Lima

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 AGO. 2017
GENTE SEGUHADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



Avenida Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.658-2 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br

Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

CARTÃO CLÍQUA		Hidrômetro	Referência
1721680-4		404N245445	MAI/2017
Nome/Rua/Socia/Endereço			
VALDIR B TORRES RUA SAO JOSE, 864 CENTRO VALÉNCIA 64300000			
AC = 113			
Situação Aquisição	Res.	Categoria(s) de Uso Com. Ind. P.b.	InSCRIÇÃO
3/1	1		113 1 04 0257 0095-000
11/04/2017		11/05/2017	
Mês/Año	Nº da Conta	Data	Forma de Recursoamento
11/16	1067	14	FATURADO P/ MINI-AD OIL LEGACAO
12/16	1079	12	Cod. Responsável
01/17	1092	13	Código da Tarifa
02/17	1099	7	017316804
03/17	1109	10	01
04/17	1118	9	Consumo
05/17	1127	9	Consumo Anterior
DESCRITIVO DA FATURA			
Cod.	Nome do Serviço	Valor (R\$)	
AGUA	MANUTENCA HIDROMETRO	25,73	
		1,60	

VENCIMENTO:

17/05/2017

TERMINAL
PAGAR (R\$)

27,33

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS MORA
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 36
DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetros	Tributos	Cor	Cor	PM	Promo	Colaboração	Entrega	Coleta
Valor Máximo Permitido	\$0	15	5,6	SP 19,6	0,3	Alphons		
Máx. Número de Amostras Exigidas								
Máx. Amostras Realizadas								
Máx. Amostra que Ainda é Legitima								
Valor Médio	0,51	0,46	0,90	7,17	0,00	0,00	0,00	
CONCEDE-SE A SOLICITAÇÃO DE ÁGUA, LAVAGEM, RESERVA, USO INDUSTRIAL, ETC.								

DEBITOS QUITADOS NESTE CLEMENTE ATÉ DEZ/2016 LEI 12007/09
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESCOTO COLETADO PELA AGES
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
ENVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 AGO. 2017

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



AGESPISA
Águas e Esgotos do Piauí S/A

Av. Marechal Conselheiro Branca, 101 - Fortaleza - Ceará - CE
Inscrição Estadual: 19.301.666-7 / CNPJ: 06.845.75/0001-27
Internet: www.agespiao.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

LIVELHO		Habituado	II-Imóvel																																
1235348-3		A07N381234	AGO/2017																																
Nome/Razão Social/Endereço JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA HARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 64300000																																			
AGB 67																																			
Bituqueira Agua/Serviço	Nº.	Categoria de Uso	Inscrição																																
3/1	1	Casa	113 2 07 0573 0171-000																																
		Data da Faturamento																																	
11/07/2017		10/08/2017																																	
Mês/Ano Histórico de Cobrança <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Valor</th> <th>Consumo</th> <th>Dev.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>02/17</td><td>353</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>03/17</td><td>353</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>04/17</td><td>353</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>05/17</td><td>353</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>06/17</td><td>353</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>07/17</td><td>353</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>08/17</td><td>353</td><td>0</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>				Mês/Ano	Valor	Consumo	Dev.	02/17	353	0	0	03/17	353	0	0	04/17	353	0	0	05/17	353	0	0	06/17	353	0	0	07/17	353	0	0	08/17	353	0	0
Mês/Ano	Valor	Consumo	Dev.																																
02/17	353	0	0																																
03/17	353	0	0																																
04/17	353	0	0																																
05/17	353	0	0																																
06/17	353	0	0																																
07/17	353	0	0																																
08/17	353	0	0																																
Forma de Faturamento FATURADO P/ MINIUM DA LIGACAO Cód. Retornoável Código da Tarifa 916181790 01 Consumo Médio Cons. Fixo Água Cons. Fixo Esgoto 0 0 0 Consumo Consumo Faturado 0 10																																			

Cod.	Nome do Serviço	Valor (R\$)
	AGUA	26,91
	MULTA INSPONTANEADE 001/001	0,55
	JUROS DE JURO 001/001	0,82
	MANTENCAO HIDROHETRO	1,60

VALOR TOTAL FATTURATO 20/08/2017 **29,88**
AVISO DE DEBITO! CONTA: 1, VALOR: R\$22,33
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APOS VENCIMENTO.

Parâmetros	Unidade	Car	Carro	Alt	Peso	Artefato	Externa/Int	Alvo
Valor Máximo Permitido	30	15	60	84493	ns	Artefato	Externa/Int	
MP Máximo de Arco/Arco								
MP Arco/Arco Residencial								
MP Arco/Arco que Admita Legislação								
Valor Médio	0,51	0,46	0,90	7,17	0,00	0,00	0,00	
Condução de Água/Fogo 001/001	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Manutenção								

EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESCOTO COLETADO PELA AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL.

LIVELHO		Inscrição
1235348-3		113 2 07 0573 0171-000
Período	Cat	Referência
1	Casa	AGO/2017
Categorias de Uso		Vencimento
1	Casa	20/08/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)		
29,88		
82670000000-1 29880001821-0 73534830820-7 17000000001-9		

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS****DPVAT****CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

31/ABR/2017

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Diego de Oliveira Lima

RG nº 2818390, data de expedição 10/08/07, Órgão SSPPI

CPF nº 031-621-673-96, venho perante a este instrumento declarar que ~~não~~ posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São José</u>
Número	<u>861</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Armando Lima</u>
Cidade	<u>Valença</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 999842838-99122206</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Valença do Piauí 30/08/2017

Assinatura do Declarante: X Diego de Oliveira Lima

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



Ax. Manoel Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Móvel Estadual: 19.304.656-7 / CNPJ: 06.835.747/0001-27
Internet: www.egepa.com.br
Atendimento ao Centro de Idade: 080000 96 0000

Salvo: US0000 85 8888
Fatura Mensal

Volume 20 Number 2 Spring 2000

VALDIR B TORRES
RUA SAO JOSE, 864
CENTRO
VALÉNCIA 643-0000

CC-AGG-23

Blame/Cafe Anal/Signos	Ref.	Correspondencia de Mapa Carr. Ind.	Intervención
3/1	1		113-1-04 0257-0095-000

13/04/2013

Mês/Ano	Nº de Contas	Salário	Ordem	Quant.
11/16	1857	14	6	
12/16	1079	12	6	
01/17	1092	13	6	
02/17	1098	17	6	
03/17	1109	10	6	
04/17	1118	9	6	
05/17	1127	9	6	

PAQUE ATÉ O VENCIMENTO - EVITE COBRANÇA DE MULTAS BFIROS. NDA
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007. O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO
DIAS APÓS VENCIMENTO.

"DEBTOS OUTADOS NESTE CLIÉNTE ATÉ DEZ/2016 SIT 32007-09
EVITE JUGAR LIXO NA REDE COLETORA ESCOTO COLETADO PELA AGE
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRVAT**

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 May 2013

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 61.002-430

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 361004953, expedido por SSPSP, em 10/12/98, CPF/CNPJ nº 411 758 243 72, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Diego de Oliveira Lima do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Diego de Oliveira Lima, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recl. sou Renda Mensal: R\$ Recl. sou

Documentos comprobatórios: Recl. sou

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	DATA 31 AGO. 2017
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20000-070	

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 10/12/98, CPF/CNPJ nº 411.758.343-72, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Diego de Oliveira Lima do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Diego de Oliveira Lima, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Analista Renda Mensal: R\$ Reais

Documentos comprobatórios: Attestado

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

José Ivan de Oliveira
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARCIEN WENESON MESQUITA Araújo,

RG nº 3.958.197, data de expedição 17/11/15,

Órgão SSPPI, portador do CPF nº 615.714.413-01, com domicílio na cidade de VALÉNCIA, no Estado de PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Mons Ciceno Fontela, nº 599,

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 DIEGO DE OLIVEIRA LIMA cujo o condutor era DIEGO DE OLIVEIRA LIMA.

MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 Bros

Veículo:

Modelo: 2016

Ano: 2016

Placa: PIZ-3370

Chassi: 9CJKD1000GR032295

Data do Acidente: 19/04/2017

Local e Data: VALÉNCIA DO PIAUÍ - PI / 15/08/2017



Marcen Weneson Mesquita Araújo
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO
31 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 165 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470



X Diego de Oliveira Lima
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



REGISTRO POR ALTERNATIVAMENTE A FIRMA DE: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA, DNI FE. EM 19/04/2017 EM VERSOES, VALÉNCIA DO PIAUÍ - PI, 30/08/2017.
End. 10, 62 Telefones: (86) 36921-25 Telefones: (86) 36921-37 Série ARS 36920 (F/OP/20)

ESTAMPELE DA SÍLVA FERREIRA ESCRVENTE

2º Ofício de Registro Civil de Notas e Anexo
Rua Euzebio Marinho, nº 390 - Centro - Valença do Piauí / PI - CEP 64.300-000 - Fone: (86) 3485.1760

REGISTRO POR ALTERNATIVAMENTE A FIRMA DE: MARCIEN WENESON MESQUITA Araújo, DNI FE. EM 19/04/2017 EM VERSOES, VALÉNCIA DO PIAUÍ - PI, 30/08/2017. Total: 4,57
End. 10, 62 Telefones: (86) 36921-25 Telefones: (86) 36921-37 Série ARS 36921 (F/OP/20)

ESTAMPELE DA SÍLVA FERREIRA ESCRVENTE



Declaração do Proprietário do Veículo

Detalhe sobre o pagamento do trabalho

Eu. MANNEN Wenneson mesquita Anújo

RG nº 3.958.197 data de expedição 17/11/15

Órgão SSPPI, portador do CPF nº 615.714.413-01, com
domicílio na cidade de VALENCA, no Estado de
PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Mons Cicero Fontenla, nº 599.

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 Diego de Oliveira Lima cujo o condutor era Diego de Oliveira Lima.

MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 BROS

Véhicules

Ver.0000. ~~3016~~

Modelo 1976
Ano:

Placa: PIZ-3370

Placa: F-2-30
Chassi: 9C4KD1000GR032295

Data do Acidente: 18/07/2017

Local e Data: VALENCIA DO PIRES - PI 15/08/2017 DEPARTAMENTO DE

DEPARTMENT OF THE NAVY

卷之三

[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]

- 3 - 1800 2007

GENTE SEGURODORA S.A.

ENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coimbra de Resende, 465 Loja C
Centro, N. 1 - CEP: 61.000-121

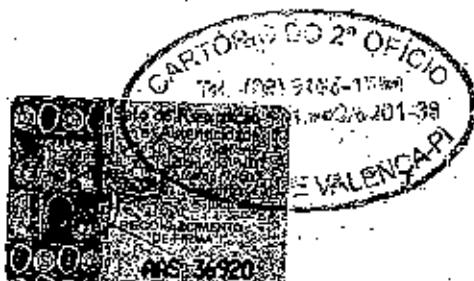
~~X Diego de Alarcón lema~~

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

-as Ofícios de Registro Civil de Notas e Anexo-

2º Círculo de Registro Civil de Nossa Senhora das Graças - RJ - CEP: 22710-300 - Fone: (21) 2613-1200

A circular red stamp is positioned in the center of the page. The text within the stamp is mostly illegible due to the high contrast, but it appears to contain some form of identification or cataloging information.



2º Oficio de Registro Civil de Niterói - 4

Rua Engenheiro Pedroso, nº 267 - Centro - Vila Velha de São Pedro - RJ





Wego de Oliveira Wm
Medicamento

Motivo para o atendimento é que apresenta dor e desconforto no lado esquerdo da mandíbula quando se senta ou deita. Faz tratamento antigo de 10 anos com órtese dentária.

No momento sente dor intensa devido ao uso de aparelhos.

CSC 532-3

Dr. Flávio das Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CNPJ: 01.3820

28/07/02

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone (89) 3465-1201 - Valença do Piauí
e-mail: clinicaantonibomfim@hotmail.com

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTÍNUO NÃO VERIFICADO
31 AGO. 2017

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

Nome: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

Requisitante:

Data: 20/04/2017

Nº: 53215

EXAME: RX TÓRAX PA E PERFIL (02 INC.)

RELATÓRIO

- Parênquima pulmonar com transparência conservada.
- Hilos e trama vascular pulmonar normal.
- Cúpula e seios costo-frênico livres.
- Área cardíaca com dimensões preservadas.
- Fratura incompleta no 7º arco costal à direita.

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

Fratura incompleta no 7º arco costal à direita.

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

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO

CRM: 3253

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DIVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
31 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Nome: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA
Data: 20/04/2017
Convênio: PARTICULAR

Nº: 53215

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10 mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal

RELATÓRIO:

- Parênquima encefálico com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
- Leve assimetria entre os ventrículos laterais, maiores a esquerda.
- 3º e 4º ventrículos com formas e dimensões normais.
- Não há desvio da linha média.
- Sulcos e fissuras de aspecto normal em relação a idade.
- Cisternas basais sem alterações.
- Ausência de calcificações patológicas.
- Calota craniana íntegra.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Leve assimetria entre os ventrículos laterais, maiores a esquerda.

DEPARTAMENTO DE GESTÃO OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 ABR. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 466 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470

(01 filme)

Obs.: Exame realizado em Tomógrafo Multislice que reduz pela metade o tempo de exposição à radiação ionizante.

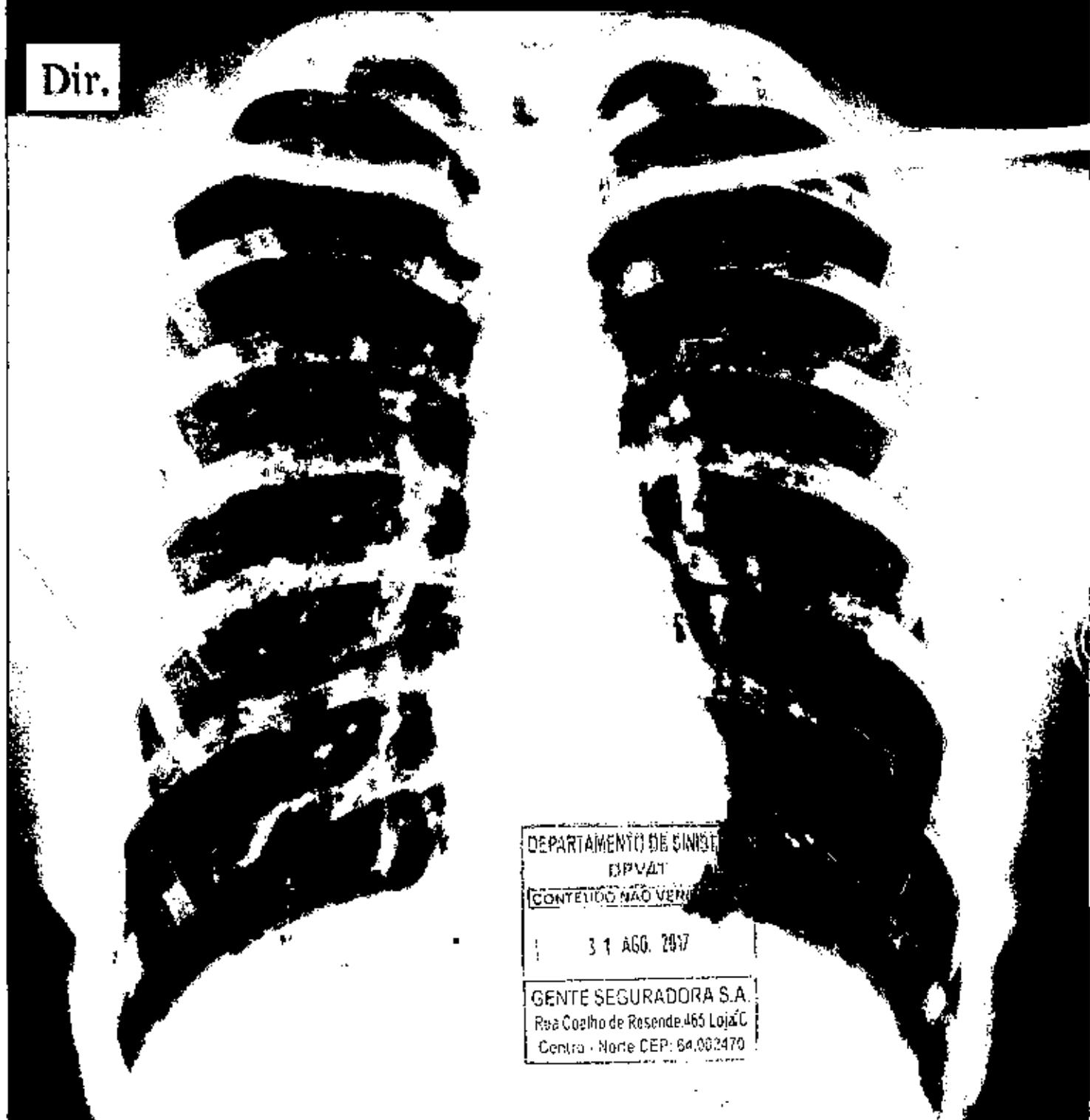
PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO
CRM: 3255

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

DIEGO DE OLIVEIRA LIMA,
Sexo:Masculino
Idade:18 Anos

Data de aquis.:20/4/2017
Hora de aquis.:12:27:20

Dir.



Exame:TÓRAX
Índice de exp:1785
Méd. Solic:

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA - PI



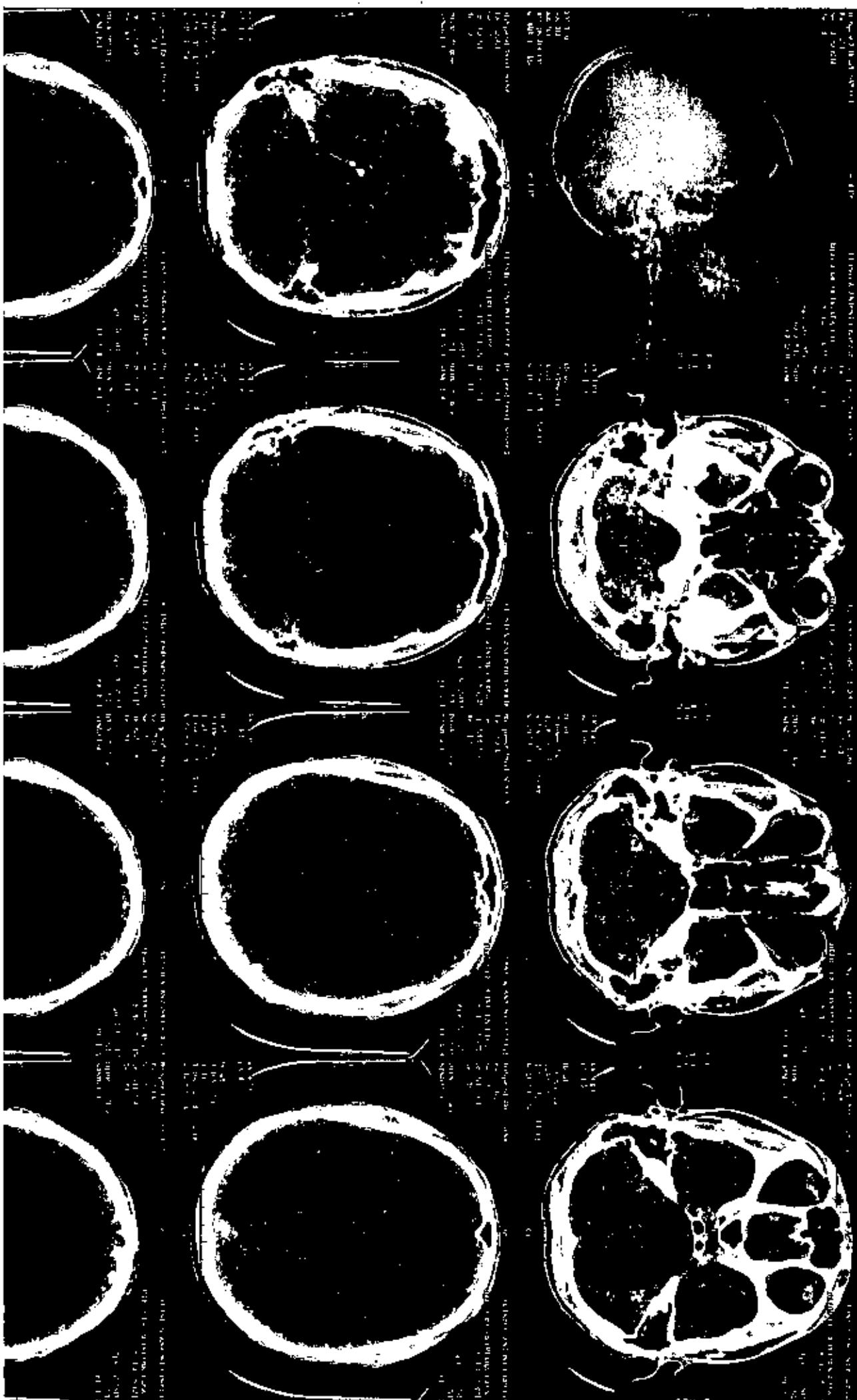
CLÍNICA
AntonioBomfim

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 AGO. 2017

MATRIZ
INTERSEGURADORA S.A.
Av. Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIPVAI
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 AÑO, 2009

ENTE SEGURADORA S.A.
Av Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-420

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 DEZ. 2017

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 DEZ. 2017



Clinica
Dr. Helder
Oliveira

Av. Prof. João Soares, 966 - Centro
Valença do Piauí-PI
CNPJ: 04.015.067/0001-50



RECEITUÁRIO

Nome: Ricardo de Oliveira Lima 19/04/17

Peculiartíssima da ocorrência de Trânsito (SIC)
ao Exame: Traumatismo em ombro direito
segundo esquema; Traumatismo humero-
radio direito com fratura incompleta de
7º Anel-costal direito, algia e escoriações
pele confuso, sendo submetido à tratamen-
to cirúrgico, alta do tratamento
20/05/17; no momento da saída

Valença do Piauí - PI 07/12/17

Dr. Helder Antônio M. de Oliveira Helder Antônio M. de Oliveira
Medico 2010 CRM 2640 CEM 2640

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 DEZ. 2017

Saúde é Vida

(89) 3465.2647

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 DEZ. 2017

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

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



Wego de Oliveira Lima
J. Henrique Lacerda

Atéste dia os dardos fui grande
porém aí eu apresentei um fator
de risco maior que o deles de
morte deles. Só 1900 dias.
Todas as coisas anteriores +
já desapareceram.
No momento estou à disposição de
outro médico para que ele.

0000522-3

Dr. Fco. das Chagas B. Souza
Oncopatia e Traumatologia
Centro - Piauí

88070001

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

e-mail: clinicaantoniohofim@hotmail.com

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Nome: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

Requisitante:

Data: 20/04/2017

Nº: 53215

EXAME: RX TÓRAX PA E PERFIL (02 INC.)

RELATÓRIO

- Parênquima pulmonar com transparência conservada.
- Hilos e trama vascular pulmonar normal.
- Cúpula e setas costofrênicas livres.
- Área cardíaca com dimensões preservadas.
- Fratura incompleta no 7º arco costal à direita.

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

Fratura incompleta no 7º arco costal à direita.

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO

CRB/CE 3255

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

DEPARTAMENTO DE RINIGISTRA
OPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
31 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Nome: DÉBORA DE OLIVEIRA LIMA
Data: 20/04/2017
Convênio: PARTICULAR

Nº: 53215

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10 mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal

RELATÓRIO:

Parênquima encefálico com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

- Leve assimetria entre os ventrículos laterais, maiores a esquerda.
- 3º e 4º ventrículos com formas e dimensões normais.
- Não há desvio da linha média.
- Sulcos e fissuras de aspecto normal em relação a idade.
- Cisternas basais sem alterações.
- Ausência de calcificações patológicas.
- Calota craniana íntegra.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Leve assimetria entre os ventrículos laterais, maiores a esquerda.

(01 filme)

Obs.: Exame realizado em Tomógrafo Multislice que reduz pela metade o tempo de exposição à radiação ionizante.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
1-1 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

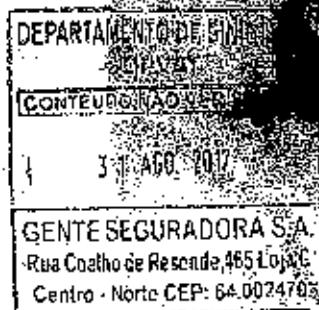
PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO
CRM: 3238

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax (69) 3465-1201 - Valença do Piauí

DIEGO DE OLIVEIRA LIMA,
Sexo:Masculino
Idade:18 Anos

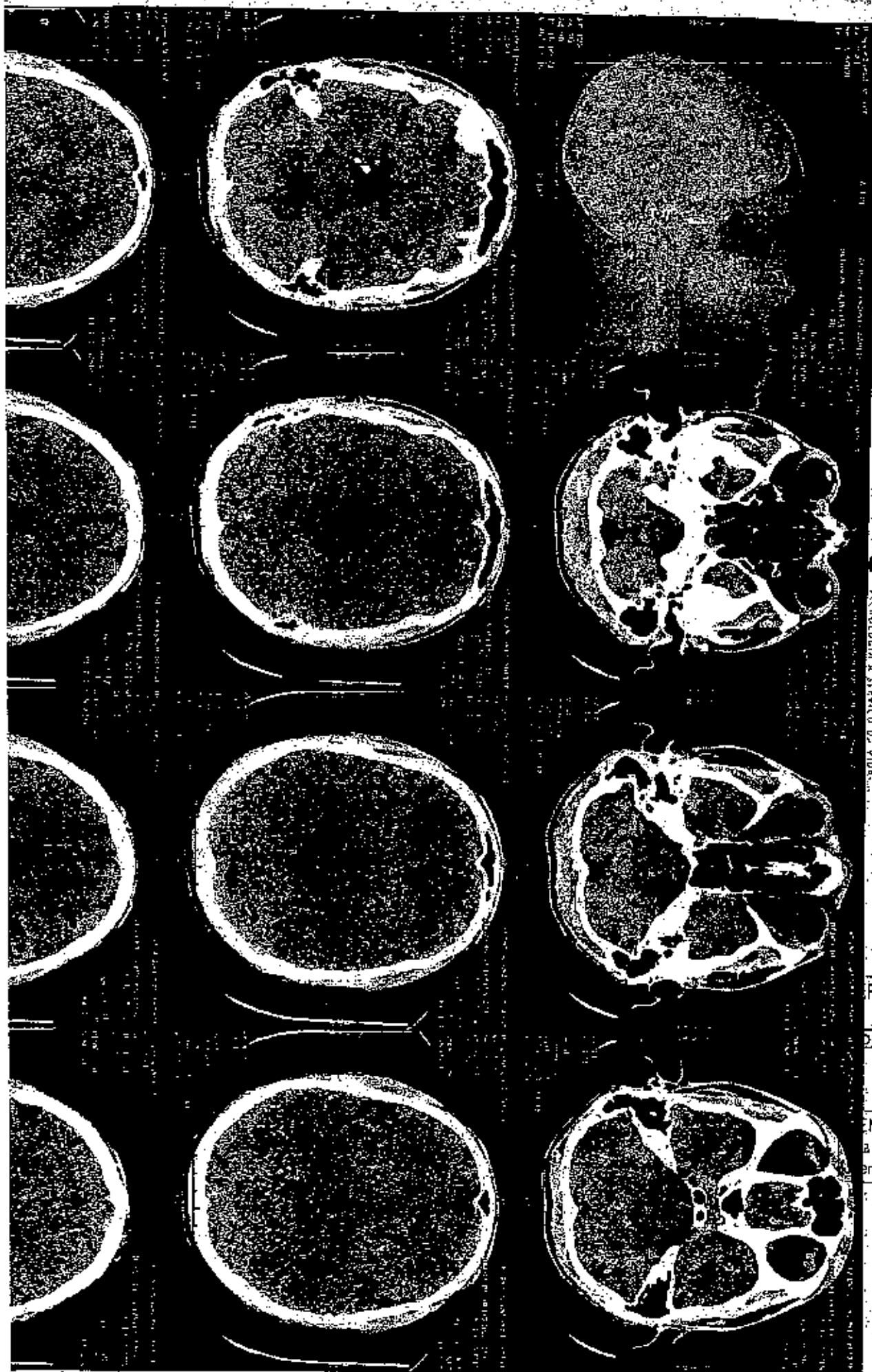
Data de aquis.:20/4/2017
Hora de aquis.:12:27:20

D15



Exame TORAX
índice de exp:1785
Méd. Solic:

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA - PI



**Clínica
Antonio Bonfim**

PARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 AGO 2007

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



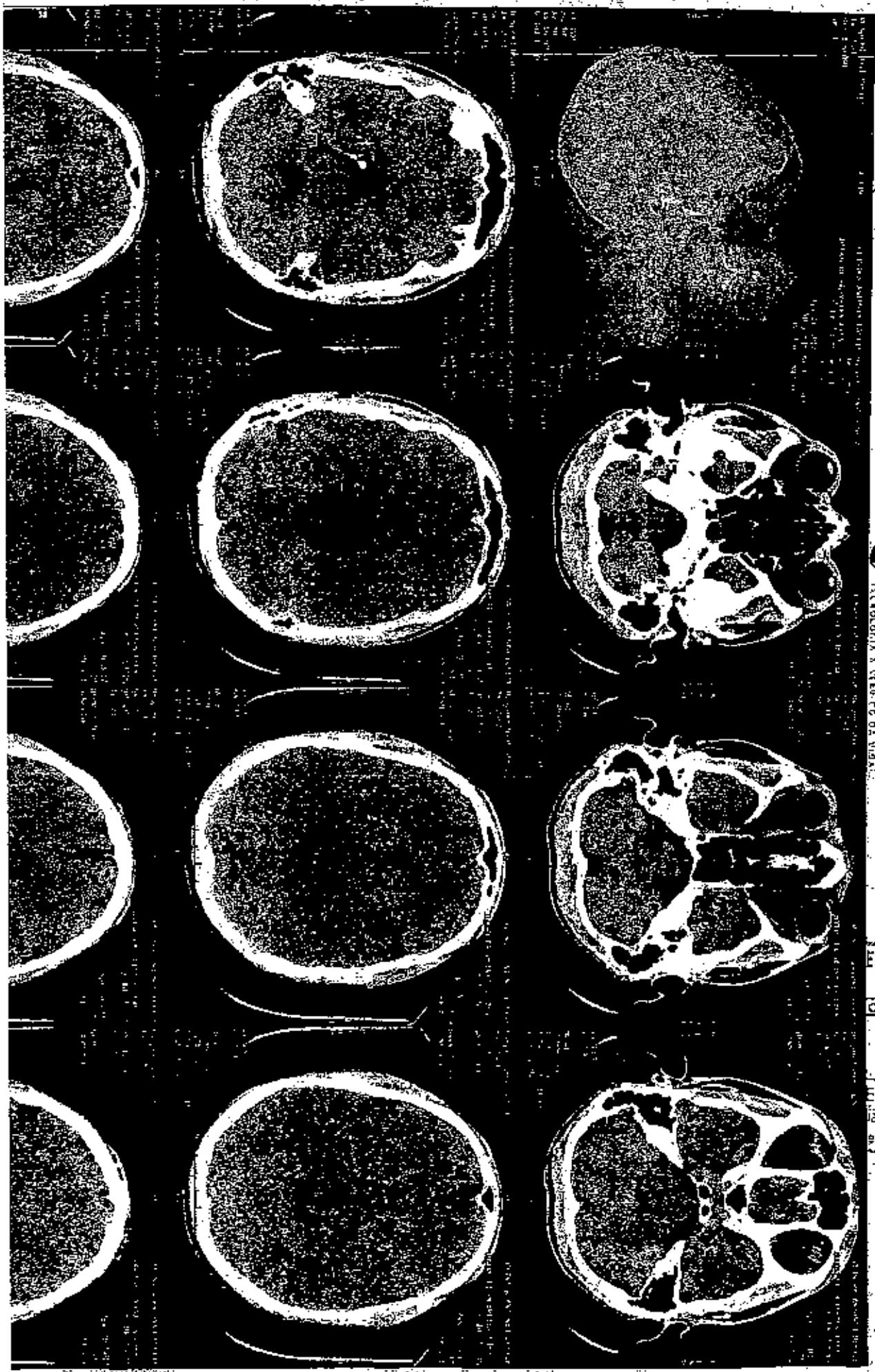
CLÍNICA
Antonio Bomfim

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

ONTEUDO NÃO VERIFICADO

31 AGO. 2012

ENTE SEGURADORA S.A.
Av. Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



TOP087

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

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)
 Atendimento: P0177592 Registro: 95288
 Data: 30/09/2017 Hora: 02:05:00
 Funcionário: EDIMAR Tipo: CONSULTA
 Senha 4 Sexo: MASCULINO
SUS

EVANDO WILLMAS ALVES DA SILVA

Nasc.: 26/08/1990 Idade: 27 ANOS, 1 MÊS, 4 DIAS Profissão:
 End.: PIMENTEL BELEZA, 1.192 - Bairro: VALENTIN Cidade: VALENCA DO PIAUÍ/PI
 Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: LUCIA ALVES DE MATOS País: WILSON FERREIRA LEAL DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL Documento: 1143 - ANTONIO DE PADUA DANTAS MARREIROS
 Responsável: EVANDO WILLMAS ALVES DA SILVA - O MESMO

Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

30/09/2017 2:05 0301060037 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

Queixa principal: TRAUMA DE MOTO

Exame clínico/físico:

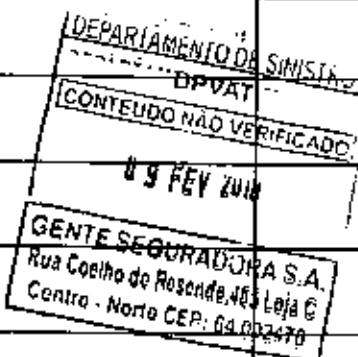
Paciente alertado vítima de acidente motociclistico há 30min.
 Tensão 15.5/90, 97%. Hemodinamicamente estável. Ofenagia à direita.
Diagnóstico provável:
 Fractura + TCE moderado

Medicação:

Analgésico e estabilização.

Procedimentos/exames realizados:**Ass. Técnico**

① Regulado pt Hospital Regional Teófilo Nunes (Floriano)



Dr. Antônio de Paula D. Marreiros Júnior
 Médico
 CRM-PI 6839

Responsável: EVANDO WILLMAS ALVES DA SILVA

1143 - ANTONIO DE PADUA DANTAS MARREIROS



Nome: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

Requisitante:

Data: 20/04/2017

Nº: 53215

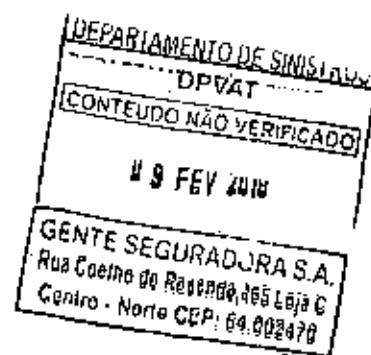
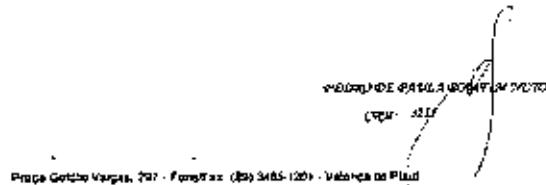
EXAME: RX TÓRAX PA E PERFIL (02 INC.)

RELATÓRIO

- Parênquima pulmonar com transparência conservada.
- Hilos e trama vascular pulmonar normal.
- Cúpula e seios costofrénico livres.
- Área cardíaca com dimensões preservadas.
- Fratura incompleta no 7º arco costal à direita.

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

Fratura incompleta no 7º arco costal à direita.





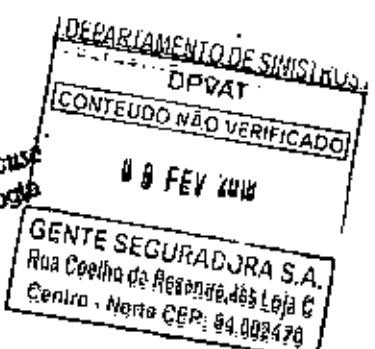
Dougo de Oliveira Viana
Irmão de André

Morre para os Deuses judeus quando
foi com o seu apresentador futur
de que o seu nome era André de
Viana. Ele faleceu em 19/04/2017.
Foi enterrado em São Paulo e
enterrado na igreja
No mesmo dia de falecimento
o seu pai faleceu.

CSE 533-3

28/02/02

Dr. Fco. das Chagas B. Souza
Ortopedista e Traumatologista
CRM PI 3820



Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone (89) 3465-1201 - Valença do Piauí - PI
e-mail: clinicaantonibomfim@hotmail.com



Nome: DILGIO DE OLIVEIRA LIMA
Requisitante:
Data: 20/04/2017
EXAME: RX TORAX PA E PERFIL (02 IMC.)

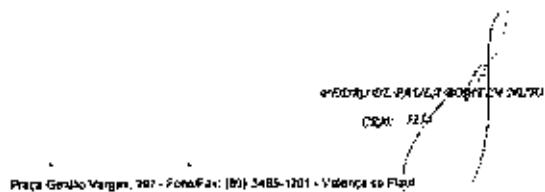
Nº: 53215

RELATÓRIO

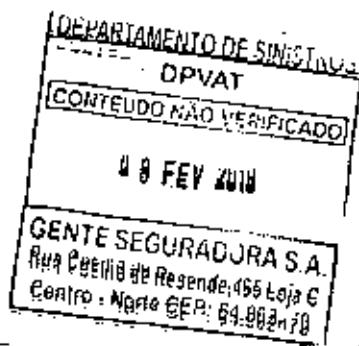
- Parênquima pulmonar com transparéncia conservada.
- Hilos e trama vascular pulmonar normal.
- Cúpula e saíos costofrênico livres.
- Área cardíaca com dimensões preservadas.
- Fratura incompleta no 7º arco costal à direita.

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

Fratura incompleta no 7º arco costal à direita.



Rua General Vargas, 287 - Fone/Fax: (19) 3485-1201 - Valença do Rio



Nome: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA
 Data: 20/04/2017
 Convênio: PARTICULARS



Nº: 39315

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 a 10 mm da espinha da base a coronéade do crânio no plano fronto-mental.

RELATÓRIO:

- Parénquima encefálico com morfologia e coeficientes da estenose normais.
- leve assimetria entre os ventrículos laterais, maior na esquerda.
- 3^º e 4^º ventrículo com formas e dimensões normais.
- Não há desvio da linha média.
- Sulcos e fissuras de aspecto normal em relação à idade.
- Cápsulas basais sem alterações.
- Ausência de calcificações patológicas.
- Cistota craneana íntegra.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Leve assimetria entre os ventrículos laterais, maior na esquerda.

(01 filme)

Onc.: Exame realizado em Tocografia Multislice que reduz pelo metade o tempo de exposição à radiação ionizante.

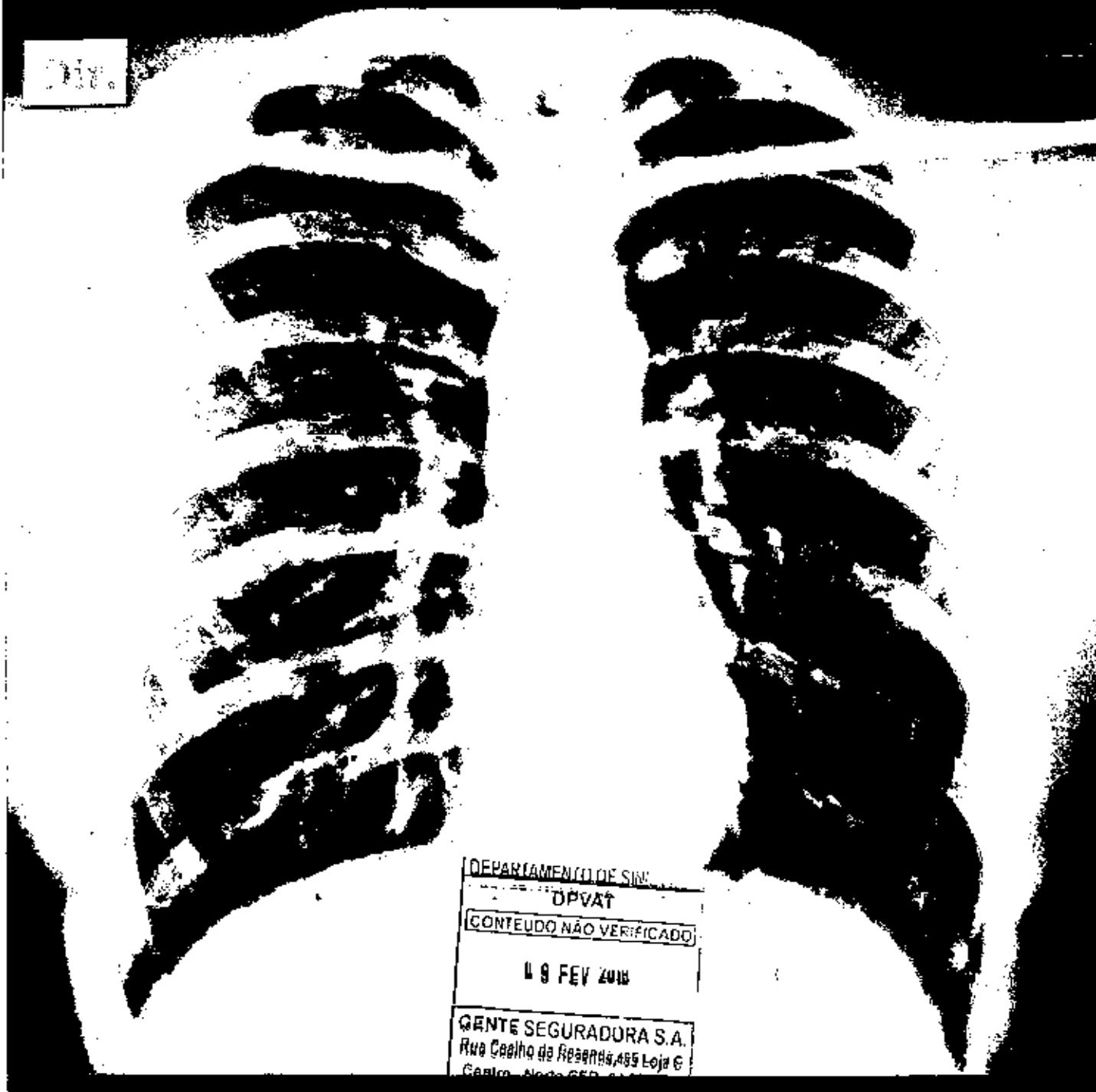
PROFISSIONAL DE ATUAÇÃO DIFERENCIADA
CRM: 3253

Praga Oscar Vargas, 297 - Fone/Fax: (31) 3423-1201 - Matriz do Pau



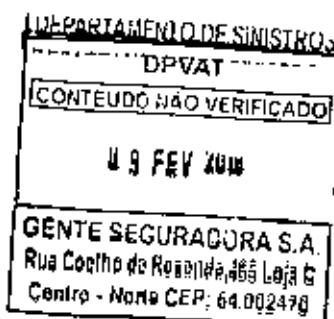
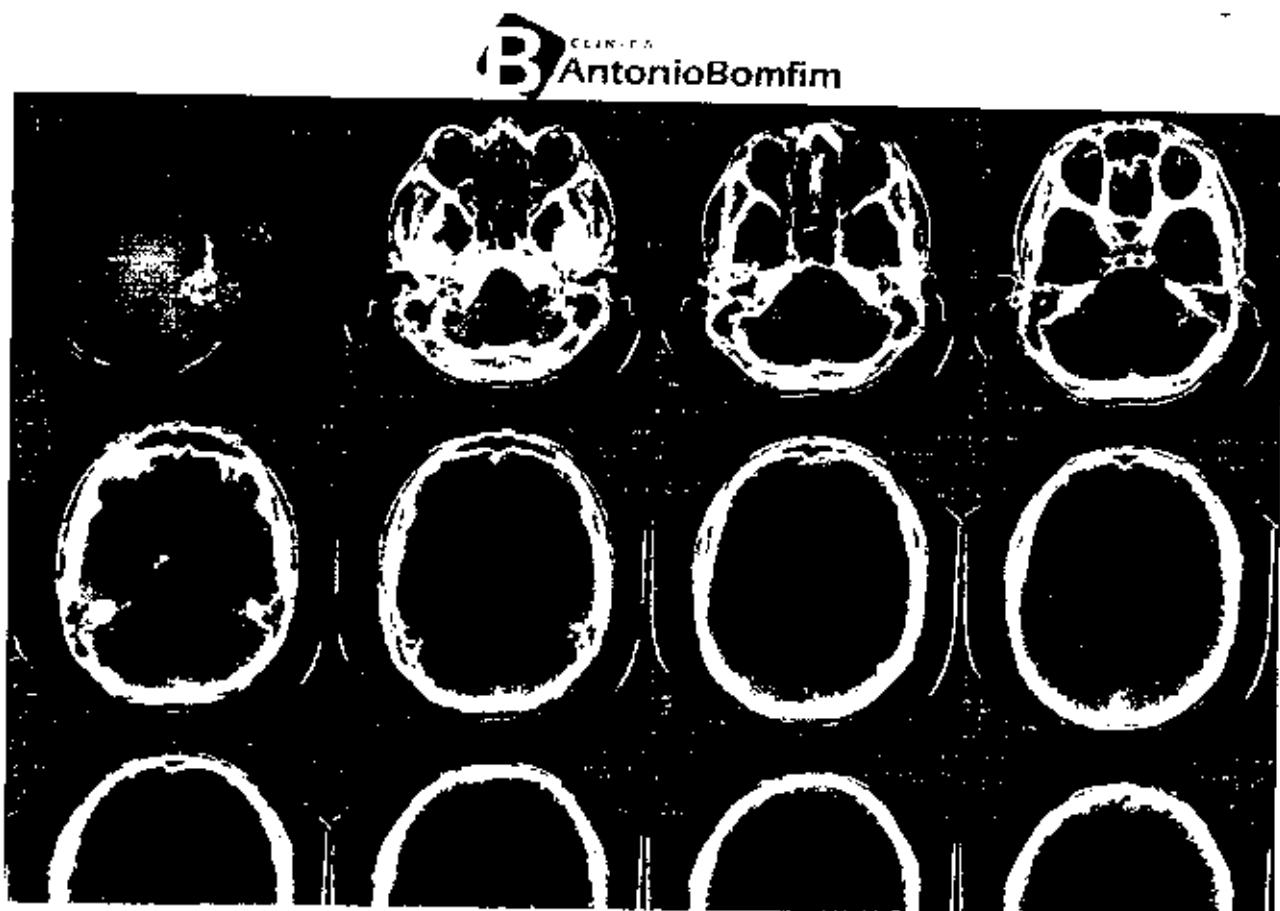
DIEGO DE OLIVEIRA LIMA,
Sexo: Masculino
Idade: 18 Anos

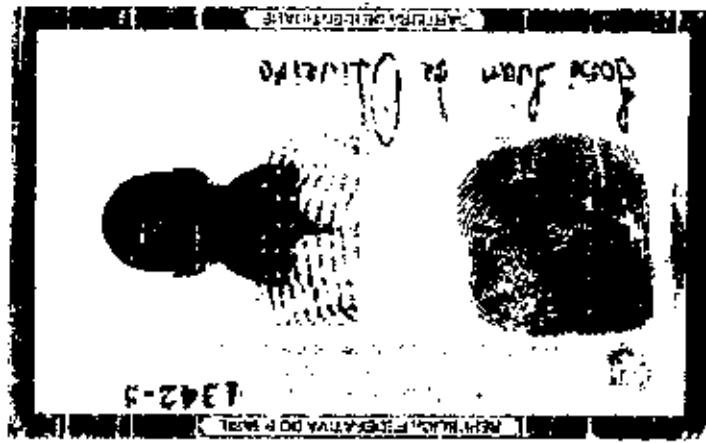
Data de aquis.: 20/4/2017
Hora de aquis.: 12:27:20



Exame: TÓRAX
Índice de exp: 1785
Méd. Solic:

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA - PI





36.100.495-3	10/DEZ/98
JOSE IVAN DE OLIVEIRA	
IVO TRAJANO DE OLIVEIRA	
E	IDA MARIA DA CONCEICAO
OLIVEIRA	
VALENCA DO PIAUI - PI	17/SET/1972
VALENCA DO PIAUI/PI	
VALENCA DO PIAUI	
CNILV.A903/FLG.057V/NL.001927	

Documento de identificação
0012

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

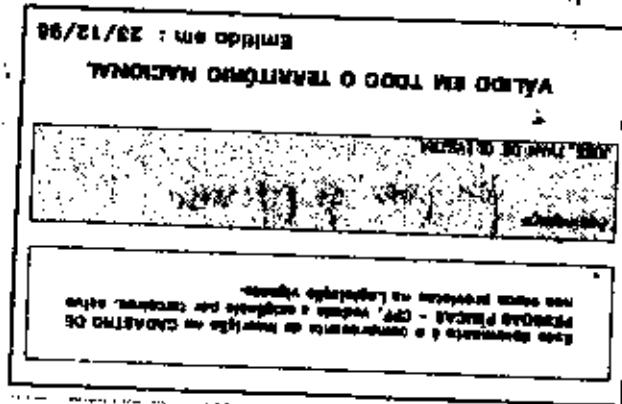
Nº de Inscrição: 411758243-72

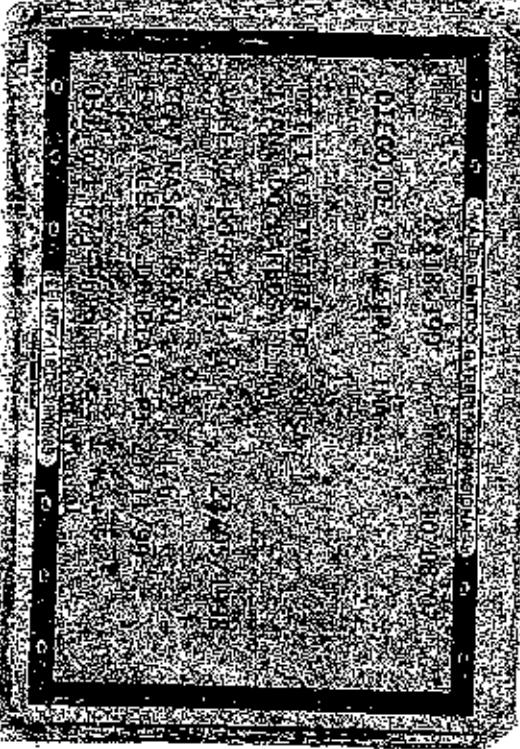
Data de Nascimento: 17/09/72

DEPARTAMENTO DE REGISTRO
DPRJ/PI
CONTENDO NÃO VERIF CADO

J-1 AGR. JULI

GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro - Monte (CEP: 64.007-470)

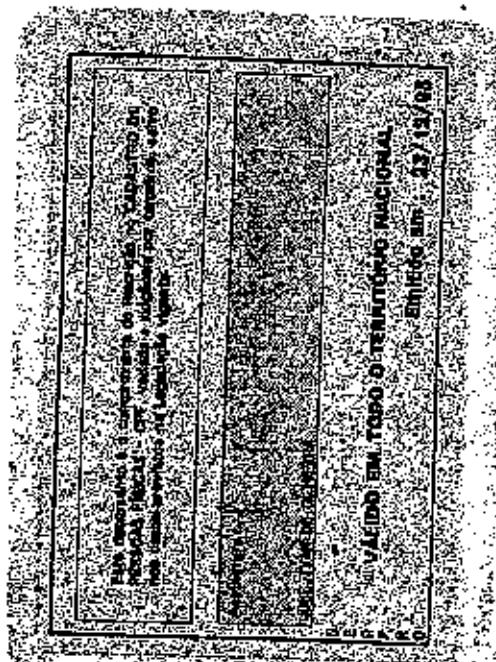
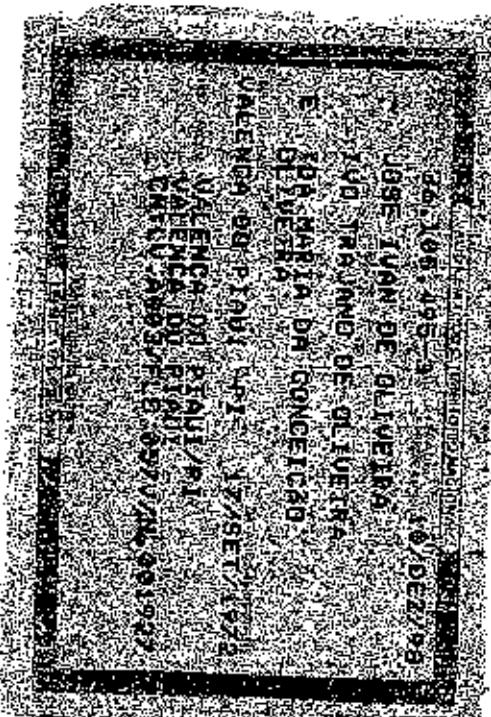




DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
conteúdo não verificado
31 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



Documentário de identificação
00000000000000000000000000000000



CABASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	
JOSÉ JUAN DE OLIVEIRA	
2001-00000000000000000000000000000000	
211758243 72	
00000000000000000000000000000000	
DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
31 AGO 2017	
GENTE SEGURADORA S.A.	
Rua Coelho do Resende, 465 Loja C	
Centro - Norte CEP: 64.000-470	



0002+

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
— MINISTÉRIO DAS CIDADES —

PINº 012239313660		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
61571441301		PIZ-3370	2016
<p>ESTE É O BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES E GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br</p> <p>www.seguradotranetrio.com.br</p> <p>0800 022 1204</p>			
DEPARTAMENTO DE UNIDADES DPVAT	CONTÉNUO NÃO VENCIDO	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	1 AGO 2016	2016	20/01/2017
1	ENTE SEGURACO 022 Coelho de Souza - Rio de Janeiro - RJ	PLACA	
1	022 FENPU		
61571441301		PIZ-3370	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
01107635524		HONDA/NXR 160 Bros	
ANO FAB.	DATA FAB.	Nº CHASSI	
2016		9C2KD1000GR032295	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNB (R\$)	DSNATFAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
010,75	001,19	011,94	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL DA COTA SEGURO (R\$)	
004,15	000,10	028,15	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAGUELADO	17/01/2017	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 00.000.000/0001-00 www.seguradoralider.com.br			

DEPARTAMENTO DE HIGIENE PÚBLICA
EPI-VAST
CONTENIDO PARA VERIFICACIÓN

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói - RJ

**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): **DIEGO DE OLIVEIRA LIMA** Sinistro: **3170659361** Data: **19/04/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SAO JOSE, 864, CASA - CENTRO - Valença do Piauí - PI - CEP 64300-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2818390**

Data local do exame: [**05/03/2018**] **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 7º arco costal à direita. Paciente apresenta déficits de flexão de tórax (realiza 0-10), extensão (realiza 0-10) e inclinação (realiza 0-20), com discreta dor à mobilização. Discreta deformidade em hemitórax direito.

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 à tratamento conservador. Atualmente apresenta déficits de flexão de tórax (realiza 0-10), extensão (realiza 0-10) e inclinação (realiza 0-20), com discreta dor à mobilização. Discreta deformidade em hemitórax direito.

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

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

(**X**) "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):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

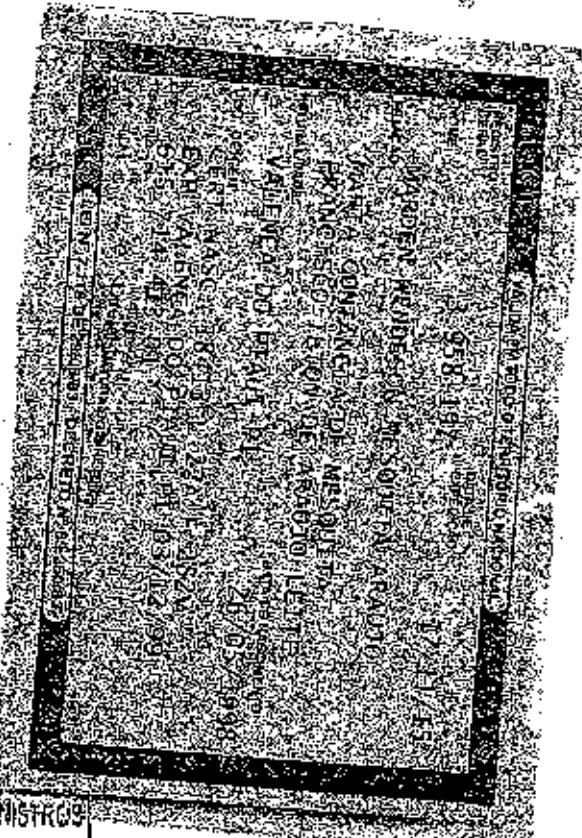
Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470





Águas e Esgotos do Piauí S.A.

Av. Marshal Costa Branco, 103 - Centro - Teresina - PI
Inscrição Estadual 019.301.650-7 / CNPJ: 05.747.001-27

Internet: www.agespisa.com.br

Atendimento ao Consumidor: 0800-86-96-96

Fatura Mensal

Mês de Faturamento		Número da Fatura		Fatura Mensal	
12/2017		Y10NP15693			
Nome/Razão Social/Endereço					
FRANCISCO ILTON DE ARAUJO NETT RUA MONS CICERO PORTELA, 529. NOVO HORIZONTE VALENCA 64300009					
AG 73					
Situação do Assentamento	Imp.	Categoria da Uso	Col.	Almox.	Inscrição
3/1	1	Residencial	104	Aut.	113 2 05 0103 0328-000
12/05/2017					
Número da Conta					
12/16	520	12	0	FATURADO P/ MININO DA LIGACAO	
01/17	529	0	25	Cód. Pagamento	
02/17	538	0	0	Código de Pagamento	
03/17	545	0	0	924399170	
04/17	552	0	0	01	
05/17	562	10	0	Número da Agua	
06/17	572	10	0	Código da Agua	
Consultar					
10					

Código - Número da Conta
ÁGUA
MANUTENÇÃO HIDROMETRO

PAGUE ATÉ 15 DIA MENSALMENTE. SE VENCER A DATA DE PAGAMENTO CONFORME LEI 13.576/2017 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO. 30 DÍAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetros	Referência	Car	Carro	Outras	Outras
Valor Máximo Permitido	30	0	50	100	100
NP Multas de Atenção à Cobrança					
NP Atenções Realizadas					
NP Atenções que Atendeu à Cobrança					
Valor Multa	0,515	0,46	0,90	7,17	0,00
Valor Total	0,515	0,46	0,90	7,17	0,00
Cobrança realizada em 029. 06/08/2017 10:55:14					
EVITE LIXAR LIXO NA REDE COLETORA. ESCOTO COLETORAS P/ AGESPIA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO.					

DEPARTAMENTO DE GESTÃO
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170659361 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA **Data do acidente:** 19/04/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de 7º arco costal à direita

Descrição do exame Paciente apresenta déficits de flexão de tórax (realiza 0-10), extensão (realiza 0-10) e inclinação (realiza 0-20), com **médico pericial:** discreta dor à mobilização. Discreta deformidade em hemitórax direito.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 05/03/2018

Conduta mantida:

Observações: 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Diego de Oliveira Lima

Nacionalidade: Brasileiro

RG: 2818390

Estado Civil: Solteiro

Profissão: Estudante

Endereço: Rua São José

Org. emissor SSP- PI

D. Expedição 10 / 08 /2007

CPF: 031.621.673-96

Cidade: Valença

Nº 864

Bairro: Amando Lima

Estado: PI

CEP: 64300-000

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: José Ivan de Oliveira

Nacionalidade: Brasileiro

RG: 36.100.495-3

Estado Civil: Casado

Profissão: Metalúrgico

Org. emissor SSP-SP

D. Expedição 10/12/1998

CPF: 411.758.243-72

Endereço: Rua Antonino Martins

Nº 187

Bairro: Vale Verde

Cidade: Valença

Estado: PI

CEP: 64300-000

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

Diego de Oliveira Lima

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 AGO. 2017

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

Local / data: Valença do Piauí - PI 30/08/2017

Diego de Oliveira Lima

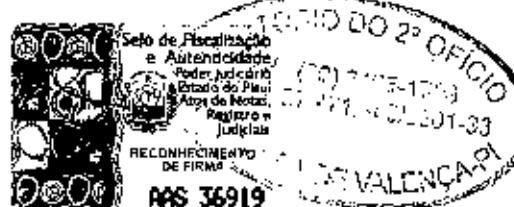
(Reconhecer firma por autenticidade ou verdadeira)

2º Ofício de Registro Civil de Notas e Anexo

Rua Euzebio Marins, nº 380 - Centro - Valença do Piauí - PI - CEP 64.300-000 - Fone: (86) 3465 1788

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: D. OLEIRIA LIMA DO
PI. EN TESTE DA VERDADE VALENCA (PI) PLANT-PI 30/08/2017.
Ex.: 3,40 18,75 20,00 Total: 41,20 Data: 30/08/2017 (FNC/PSP)

ESTAMOS DE VOLTA FERIADA ESCREVENTE



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Diego de Oliveira Lima

Nacionalidade: Brasileiro		Estado Civil: Solteiro	Profissão: Estudante
RG: 2818390	Org. emissor SSP- PI	D. Expedição 10 / 08 /2007	CPF:031.621.673-96
Endereço: Rua São José		Nº 864	Bairro: Amando Lima
Cidade: Valença		Estado: Pi	CEP: 64300-000

OUTORGADO: (Dados do procurador)

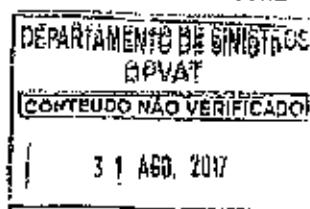
Name: José Ivan de Oliveira

Nacionalidade: Brasileiro		Estado Civil: Casado	Profissão: Metalúrgico.
RG: 36.100.495-6	Org. emissor SSP-SP	D. Expedição 10/12 /1998	CPF: 411.758.243-72
Endereço: Rua Antonino Martins		Nº 187	Bairro: Vale Verde
Cidade : Valença		Estado: PI	CEP: 64300-000

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

Diego de Oviedo é um

local / data: VALENCIA, no figura - PR 30/08/2017



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

(Reconhecer firma por autenticidade ou verdadeira)

2º Oficio de Registro Civil de Notas e Anexos

Rua Barbacena, 990 - Centro - Volta Redonda - RJ - CEP 26240-350 - Fone (21) 3165-1788

ESTUFE DE SISTEMA DE SEVILLA



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **DIEGO DE OLIVEIRA LIMA**

Nº Sinistro: **3170659361**

Vitima: **DIEGO DE OLIVEIRA LIMA**

Data do Acidente: **19/04/2017**

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 3170659361**.

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, 20 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **DIEGO DE OLIVEIRA LIMA**

Sinistro: **3170659361**

Vítima: **DIEGO DE OLIVEIRA LIMA**

Data do Acidente: **19/04/2017**

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 3170659361** 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 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, 18 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **DIEGO DE OLIVEIRA LIMA**
Nº Sinistro: **3170659361**
Vitima: **DIEGO DE OLIVEIRA LIMA**
Data do Acidente: **19/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE IVAN DE OLIVEIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170659361**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar infor.
incorrectas

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.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, 23 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **DIEGO DE OLIVEIRA LIMA**

Sinistro: **3170659361**

Vítima: **DIEGO DE OLIVEIRA LIMA**

Data do Acidente: **19/04/2017**

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 3170659361** 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 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, 12 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **DIEGO DE OLIVEIRA LIMA**

Nº Sinistro: **3170659361**

Vitima: **DIEGO DE OLIVEIRA LIMA**

Data do Acidente: **19/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **JOSE IVAN DE OLIVEIRA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170659361**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **19/04/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, Diego de Oliveira Lima, PORTADOR(A) DO RG N° 2818390 EXPEDIDO POR SSPPI EM 10/08/07 E CPF 03000000000-96 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO funcionar E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Diego de Oliveira Lima. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- 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 POUPLANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

DEPARTAMENTO DE CADASTRO DE FUNDOS DE RENDIMENTO

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Marília - CEP: 64.002-470

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, 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 POUPLANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3887 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000203258

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Valencia PI 30 de Agosto de 2017 X Diego de Oliveira Lima
 LOCAL E DATA 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.

• Loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0181
DIVISORIA 3800 725 7474

242-65654/190 8

03/AGO/2017

DATA DE 15/01/12

ITEM: 16.18561-6
LOCAL/TRADE: VALENCIA DO PIAUÍ
Nº. VENDA/ABAT: 3887
CONTROLE: 1866447461

TERMO: 018216

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3887 013 80020325-8

DIÁGO DE DA TVB DIA 11/MA

VALOR:

VALOR DEBITADO F. VAL 100,00
COMPROVANTE DA DEPOSIÇÃO

242-65654/190 8

1ª VIA

• Loterias CAIXA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 365 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, Diego de Oliveira Lima

PORTADOR(A) DO RG Nº 2818390

EXPEDIDO POR SEPPI

EM 10/08/07

CPF (03012900063-96) /CNPJ 00000000-0000-0000 PROFISSÃO pescador

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Diego de Oliveira Lima. 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 não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, DEPARTAMENTO DE FINANÇAS, DEPARTAMENTO DE PESOES PERTENCENTES AO DPVAT
 - Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
 - Conta tipo FÁCIL atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
 - CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RFB - Fazenda 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.
- CONTÉUDO NÃO VERIFICADO**
- 31 AGO. 2017**
- GENTE SEGURADORA S.A.**
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói - RJ - CEP: 240.02470

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, 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, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3887 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000203258

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.

10/08/2017 de 2017 X Diego de Oliveira Lima
LOCAL E DATA 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.

LINHA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0100
ENVIO DIRETO 0800 726 7474

242-856547190-6

30/08/2017

HORA DE 15:13

LOT: 16 145601-6

TERMO 010070

LOCALIDADE: VALENCIA DO PIAUÍ

CONTROLE: 586447461

AG: VINDULADA 3807

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3887 B13 000120325-8

DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

VALOR

ESTE RECIBO É VALIDO COMO
COMPROVANTE DA DEPOSIÇÃO

242-856547190-8

1a VIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-670