



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

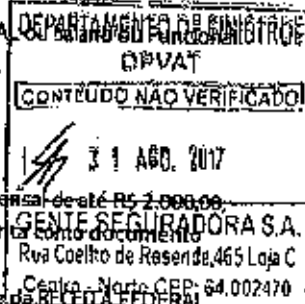
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DIEGO DE OLIVEIRA LIMA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2818390 EXPEDIDO POR SEPP EM 10/08/07
CPF 030681063-90 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO MECANIC
E RENDA MENSAL DE R\$ 1400,00 (*) 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;
- 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 www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/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) 00020325-8

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.

Agência PI 30 de AGOSTO de 2017

LOCAL E DATA

X Diego de Oliveira Lima

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.

UNIA ECONOMICA FEDERAL

SAC 8008 725 8183
CRIVIDORIA 8008 725 7474

242-856547190-8

30/AGO/2017

HORA DE 15:13:11

LOT: 15.18561-8

TERMO: 015726

LOCALIDADE: VALENCA DO PEADI

RG: VINCULADA: 3887

CONTROLE: 526447461

DEPOSITO EM DINHEIRO

3887 813 08420325-8

DIEGO DE OLIVEIRA LTDA

VALOR

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DA DEPOSITO

242-856547190-8

1ª VIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

31 AGO. 2017

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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” **(X) “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)**
() “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


Dr. Wilson Berg Lima
Cardiologia Medecina Interna
CRM1937



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

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

RUA CORONEL ANIBAL MARTINS, Nº:

Complemento

Data/Hora

19/04/2017 - 23:00

336476

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

EM FRENTE À UNIDADE ESCOLAR SANTO ANT

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

RG: 2818390 PI

Mãe: OTILIA OLIVEIRA DE SOUSA

Pai: IVANILDO BARBOSA LIMA

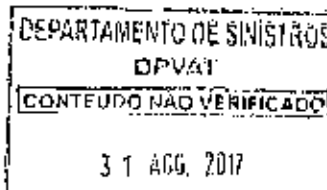
Endereço: RUA SAO JOSE, Nº 884

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-3465-1878

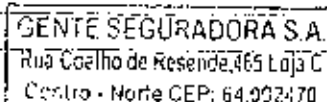
Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO/Noticiante



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: 884 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 COMPARECEU 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 FRETE À UNIDADE ESCOLAR SANTO ANTONIO, QUE DO ACIDENTE RESULTARAM LESÕES, CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO P0159446 DO HREP (HOSPITAL REGIONAL EUSTAQUIO 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
DIEGO DE OLIVEIRA LIMA - Noticiante
Responsável pela Informação

2º Ofício de Registro Civil de Notas e Anexo

Rua Euclides Martins, nº 380 - Centro - Valença do Piauí / PI - CEP: 64.000-000 - Fone: (86) 3465.1700

ATENDIMENTO DUE A PRESENTE PORTADORA DE NOTAS E ANEXOS

NOTA DE 100,00 - 10/07/2017 - 10/07/2017

NOTA DE 100,00 - 10/07/2017 - 10/07/2017





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral da 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: Danilo Barbosa Leal

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

RUA CORONEL ANIBAL MARTINS, Nº:

Complemento

Data/Hora

19/04/2017 - 23:00

Bairro
CENTRO

Ponto de Referência

EM FRENTE À UNIDADE ESCOLAR SANTO ANT

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOJADOS

Nome: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

RG: 2818390 PI

Mãe: OTILIA OLIVEIRA DE SOUSA

Pai: IVANILDO BARBOSA LIMA

Endereço: RUA SAO JOSE, Nº 884

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-3465-1878

Tipo Envolv.: CONDUCTOR DE VEÍCULO/Notificante

03 ORIGINAIS ESTÃO
NO ASL - 0340472/17.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 AGO. 2017

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

9C2KD1600GR032295

01107635524

Vermelha

Condutor: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

RG: 2818390 Órgão: UF RG: PI

End: RUA SAO JOSE Número: 884 Complemento:

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

Proprietário: MARDEN WENDERSON MESQUITA ARAUJO

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

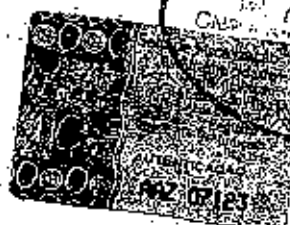
O NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR QUE EM DATA, HORA E LOCAL ACIMA INFORMADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA QUANDO ACELEROU-A PERDENDO O EQUILÍBRIO E COLIDIU COM O ÔNIBUS ESCOLAR QUE ESTAVA PARADO EM FRETE À UNIDADE ESCOLAR SANTO ANTONIO, QUE DO ACIDENTE RESULTARAM LESÕES, CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PD159448 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. 2868286
AGENTE DE POLÍCIA

Diego de Oliveira Lima
DIEGO DE OLIVEIRA LIMA - Notificante
Responsável pela Informação

2º Ofício de Registro Civil de Notas e Anexo

Rua Eufrásio Martins, nº 360 - Centro - Valença do Piauí (PI) - CEP: 64.002-470 - Fone: (89) 3465-1788



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.

x Diego de Oliveira Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

| |
|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 31 AGO. 2017 |
| GENTE SEGURODORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Certo - Norte CEP: 64.002470 |

VALENÇA DO PIAUÍ 31/08/2017

Local e data

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.

x 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: 64.002470 |

VALENÇA DO PIAUÍ 31/08/2017

Local e data

Senha 71

DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

Nasc.: 23/05/1998 Idade: 19 ANOS,2 MESES,3 DIAS Profissão:

End.:SAO JOSE, 864 -

Cor: PARDA Telephone: () -

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: **VALENCA DO PIAUI/PI**

Civil: SOLTEIRO(A) CEP:6430

Mãe: OTILHA OLIVEIRA DE SOUSA

Fal: IVANILDO BRABOSA LIMA

Clinica: **ENFERMAGEM**

Documento: 397343 - ALANE DA SILVA TORRES

Responsavel: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg



Procedimientos

| Procedimentos | | 0000 |
|------------------|--|------|
| 19/04/2017 23:50 | 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXMO) | |

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

Queixa principal:

Exame clínico/físico:

Diagnostico provavel:

Medicação:**Procedimientos/exámenes realizados:**

AB3. Técnico

| | |
|--|-----------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS | OPVAT |
| CONTEUDO NÃO VERIFICADO | |
| 3 | AGO. 2017 |
| GENTE SEGURODORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Fone: 64.002470 | |

Dr. Thiago Amorim Neves Reis
Clínico Geral - Pediatra
CRM - RJ 5302.832-2 / 2773 / CRM - MA 7697

Responsável: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

397343 - ALANE DA SILVA TORRES

**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 (Pronto Socorro)

Atendimento: P0159446

Data: 19/04/2017

Funcionário: EDIMAR

Registro: 92446

Hora: 23:50:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 71

DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

Nasc.: 23/05/1998

Idade: 19 ANOS, 2 MESES, 3 DIAS

Profissão:

End.: SAO JOSE, 864

Cor: PARDA

Telefone: ()

Bairro: AMAND LIMA

Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI

Civil: SOLTEIRO(A)

CEP: 64301

Mãe: OTILHA OLIVEIRA DE SOUSA

Pai: IVANILDO BRABOSA LIMA

Clínica: - ENFERMAGEM

Documento: 397343 - ALANE DA SILVA TORRES

Responsável: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.

Procedimentos

19/04/2017 23:50

0301010048

CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO N

☐ Vermelho - Emergência☐ Laranja - Muito Urgente☐ Amarelo - Urgente☐ Verde - Pouco Urgente☐ Azul - Não Urgen**Queixa principal:**

"Cauê do mto"
Chocou - no contra ombro

Exame clínico/físico:

do tórax e abdominal
desorganizado

Diagnóstico provável:

fratura do cotovelo l. e concussão

Medicação:**Procedimentos/exames realizados:**

Ass. Técnico

Ranitidina 150mg EV

Volanteno 100mg IV

Zincopar 200mg EV

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

3

Ago. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Hora CEP: 64.002-670

Dr. Thiago Amorim Neves Reis
Clínica Geral - Pedrinha
CRM - PI 5281 RQE-2701/CRM - MA 762

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 SEPPi

CPF nº 031.621.673-96, venho perante a este instrumento declarar que ~~pos~~ possuo comprovante 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>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) 999 842838-99412206</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 - Nave CEP: 64.002470 |



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Frontal - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888



| | | | | | |
|---|-----------------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------------|--|
| CONTABILIZAÇÃO | | Med. Bruto | | Med. Líquida | |
| 1735348-3 | | A07N381234 | | AGO/2017 | |
| Nome/Razão Social/Endereço | | | | | |
| JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENÇA 64300000 | | | | | |
| AGE 67 | | | | | |
| Situação | Des. | Categoria de Uso | Inscrição | | |
| 3/1 | 1 | Com. Ind. Pub. | 113 2 07 0573 0171-000 | | |
| Data de Emissão | | Data de Vencimento | | | |
| 11/07/2017 | | 10/08/2017 | | 30 | |
| Mês/Ano | Histórico de Consumo | Consumo | Valor | Forma de Faturamento | |
| 02/17 | 353 | 0 | 0 | FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGAÇÃO | |
| 03/17 | 353 | 0 | 0 | Cód. Antecipatório | |
| 04/17 | 353 | 0 | 0 | 916181790 | |
| 05/17 | 353 | 0 | 0 | Código de Tarifa | |
| 06/17 | 353 | 0 | 0 | 01 | |
| 07/17 | 353 | 0 | 0 | Consumo Médio | |
| 08/17 | 353 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | | Consumo Real | |
| | | | | 10 | |

| Cód. | Nome do Serviço | Valor (R\$) |
|------------------------------|-----------------|-------------|
| AGUA | | 26,91 |
| MULTA IMPONTUALIDADE 001/001 | | 0,55 |
| JUROS DE MORA 001/001 | | 0,82 |
| MANTENCAO HIDROMETRO | | 1,60 |

VALOR A PAGAR 29,88
AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 1 VALOR: R\$27,33
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

| Parâmetros | Unidade | Car. | Cód. | At. | Para | Relatório | Exatidão |
|----------------------------------|---------|------|------|-------|------|-----------|----------|
| Valor Médio Período | l/s | 15 | 60 | 80463 | 15 | Para | Normal |
| At. Média de Consumo Período | | | | | | | |
| At. Antecipatória Período | | | | | | | |
| At. Antecipatória de Antecipação | | | | | | | |
| Valor Médio | 0.51 | 0.46 | 0.90 | 7.17 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES
PISSA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

| | | | |
|----------------------------|-------------------|------------------------|---------------|
| AGESPISA | | Inscrição | AGE 67 |
| Agua e Esgoto do Piauí S/A | | 113 2 07 0573 0171-000 | |
| Categoria de Uso | Med. Bruto | Med. Líquida | |
| 1 | 1735348-3 | AGO/2017 | |

VENCIMENTO 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: 64.003.470 | |



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Diego de Oliveira Lima

RG nº 2818390, data de expedição 10/08/07, órgão SSP/PI

CPF nº 031.621.673-96, venho perante a este instrumento declarar que ~~nao~~ possuo comprovante 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>864</u> |
| Apto / Complemento | <u>CASA</u> |
| Bairro | <u>AMANDA LIMA</u> |
| Cidade | <u>Valença</u> |
| Estado | <u>PIAUÍ</u> |
| CEP | <u>64300-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(89) 999 842838-994122206</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 SEGUADORA S.A. Rua Cosílio de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470 |



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.304.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br

Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

Identificação
Número da Fatura: 11/04/2017
Data de Emissão: 11/05/2017

Nome/Razão Social/Endereço
VALDIR B. TORRES
RUA SÃO JOSE, 864
CENTRO
VALENÇA 64300000

Identificação
Inscrição: 113 1 04 0257 0005-000

Período de Cobrança
11/04/2017 a 11/05/2017

| Mês/Ano | Consumo de Água (Litros) | Consumo de Esgoto (Litros) | Consumo de Energia (kWh) |
|---------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 11/16 | 1057 | 14 | 0 |
| 12/16 | 1079 | 12 | 0 |
| 01/17 | 1092 | 13 | 0 |
| 02/17 | 1099 | 7 | 0 |
| 03/17 | 1109 | 10 | 0 |
| 04/17 | 1110 | 9 | 0 |
| 05/17 | 1127 | 9 | 0 |

Valor do Serviço
ÁGUA
MANUTENÇÃO HIDRÔMETRO
Valor (R\$)
25,73
1,60

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO - EVITE COBRANÇA DE MULTA E JUROS - NADA CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

| Particular | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Valor Múltiplo Permitido | 0.51 | 0.46 | 3.90 | 7.17 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Valor Múltiplo de Amortização Capital | | | | | | | |
| Valor Múltiplo de Amortização Residual | | | | | | | |
| Valor Múltiplo de Amortização Legalização | | | | | | | |

DEBITOS QUITADOS NESTE CLIENTE ATÉ DEZ/2016 DEZ-2007/08
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA ESCOTO COLETADO PELA AGES
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

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



Av. Marechal Cassio Buarque, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.638-7 / CNPJ: 06.645.747/0001-29
Internet: www.agespisa.com.br
Manutenção do Consumidor: 0800 86 8886

Fatura Mensal

13541-1

Endereço: 602081234

11/07/2017

Nome/Razão Social/Endereço:
JOSE IVAN DE OLIVEIRA
RUA ANTONIO DE SOUSA MARTINS, 187
VALE VERDE
VALENCA 64300000

AG= 67

| Atuação Água/Esgoto | Em | Unidades de Uso | Instalação |
|-------------------------------|------------------|-----------------|------------------------|
| 3/1 | 1 | Leito | 113 2 07 0573 0171-000 |
| 11/07/2017 | | 10/08/2017 | 30 |
| Histórico de Consumo | | | |
| Mês/Ano | Consumo (Litros) | Valor | Outro |
| 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 |
| Formas de Pagamento | | | |
| FATURADO P/ MINUTO DA LIGACAO | | | |
| Cód. Responsável | | Número de Bônus | |
| 916181790 | | 01 | |
| Número de Bônus | | Cód. de Bônus | |
| 0 | | 0 | |
| Cód. de Bônus | | Cód. de Bônus | |
| 0 | | 10 | |

| Cód. | Nome do Serviço | Valor (R\$) |
|------|------------------------------|-------------|
| | AGUA | 26,91 |
| | MULTA IMPONTUALIDADE 001/001 | 0,55 |
| | JUROS DE MORA 001/001 | 0,82 |
| | MANUTENCAO HIDROMETRO | 1,60 |

20/08/2017

29/08

AVISO DE DEBITO: CONTAS: 1 VALOR: R\$27,33
CONFORME Lei Federal 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

| Parâmetro | Unidade | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor |
|---------------------------------|---------|-------|-------|----------|-------|-------|-------|-------|
| Valor Mínimo Percebido | 50 | 15 | 50 | R\$15,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 47% Mínimo de Apropriação Legal | | | | | | | | |
| 20% Acumulado Resíduos | | | | | | | | |
| 20% Anual que Alimenta a Rede | | | | | | | | |
| Valor Mínimo | 0,51 | 0,46 | 0,90 | 7,17 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE ACESSO AO TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL



113 2 07 0573 0171-000

1735348-3

AG= 67

8267000000-1 29880001821-0 73534830820-7 17000000001-9

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

31 AGO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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 41175824372,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) DIEGO DE OLIVEIRA LIMA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDAÇÃO da vítima DIEGO DE OLIVEIRA LIMA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECEUSOU Renda Mensal: R\$ RECEUSOU

Documentos comprobatórios: RECEUSOU

José Ivan de Oliveira
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

| |
|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT |
| (CONTEÚDO NÃO VERIFICADO) |
| 31 AGO. 2017 |
| GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.007-470 |

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 JOSE IVAN DE OLIVEIRA, portador(a) do
RG nº 361004953, expedido por SSPSP, em
10/10/98, CPF/CNPJ nº 41175824372,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) DIEGO
DE OLIVEIRA LIMA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDAR
da vítima DIEGO DE OLIVEIRA LIMA, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Advogado

Documentos comprobatórios: Advogado

Jose Ivan De Oliveira
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

| |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 31 AGO. 2017 |
| GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470 |

Declaração do Proprietário do Veículo

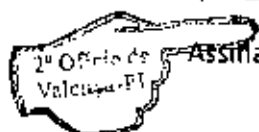


Eu, MARDEN WENDESON MESQUITA ANAÏJO,
 RG nº 3.958.197, data de expedição 17/11/15,
 Órgão SSPPI, portador do CPF nº 615.714.413-01, com
 domicílio na cidade de VALENÇA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA MONS CICERO PONTA, nº 593,
 complemento CASA, declaro, sob as penas da 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: VALENÇA DO PIAUÍ-PI 15/08/2017



Marden Wendson Mesquita Anaíjo
 Assinatura do Declarante

| |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT |
| CONTÉUDO NÃO VERIFICADO |
| 31 AGO. 2017 |
| GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 155 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470 |



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

2º Ofício de Registro Civil de Notas e Anexo

Rua Euripedes Martins, nº 300 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP 64.300-000 - Fone: (88) 3485.1760

REQUERIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA, DO
 PE. EM 19/04/2017, DA VERDADE, VALENÇA DO PIAUÍ PI, 30/08/2017.
 Emol: 13,62 Total: 13,62 Total: 14,37 Saldo: 0,75 Total: 4,57
Essilene da Silva Ferreira Escrevente



2º Ofício de Registro Civil de Notas e Anexo

Rua Euripedes Martins, nº 300 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP 64.300-000 - Fone: (88) 3485.1760

REQUERIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MARDEN WENDESON MESQUITA
 ANAÏJO, DO PE. EM 15/08/2017, DA VERDADE, VALENÇA DO
 PIAUÍ-PI, 30/08/2017. Emol: 13,62 Total: 13,62 Total: 14,37 Saldo: 0,75 Total: 4,57
Essilene da Silva Ferreira Escrevente



Diretor geral de administração do trabalho

-0937-



Ruço de Oliveira Lima
Idoso de 70 anos

Atendo por os dados fidedignos
porém com aparência fatur
de arco costal para o direito de
validade (SR) 19/04/2017.
Faz tratamento ortopédico +
fisioterapia intensiva
No momento está sendo de
ortopedia com sequelas.

CSE 522-3

28/07/17

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-P: 3820

| |
|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT |
| CONTÉUDO NÃO VERIFICADO! |
| 31 ARO. 2017 |
| GENYE SEGURADORA S.A. Rua Chaillo de Resende, 455 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470 |

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

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.

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO

CRM: 3253

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

| |
|--|
| DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL |
| CONTÉUDO 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
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 |
| 31 AGO. 2017 |
| GENTE SEGURADORA S.A. |
| Rua Coelho de Resende, 455 Loja C |
| Centro - Norte CEP: 64.002-470 |

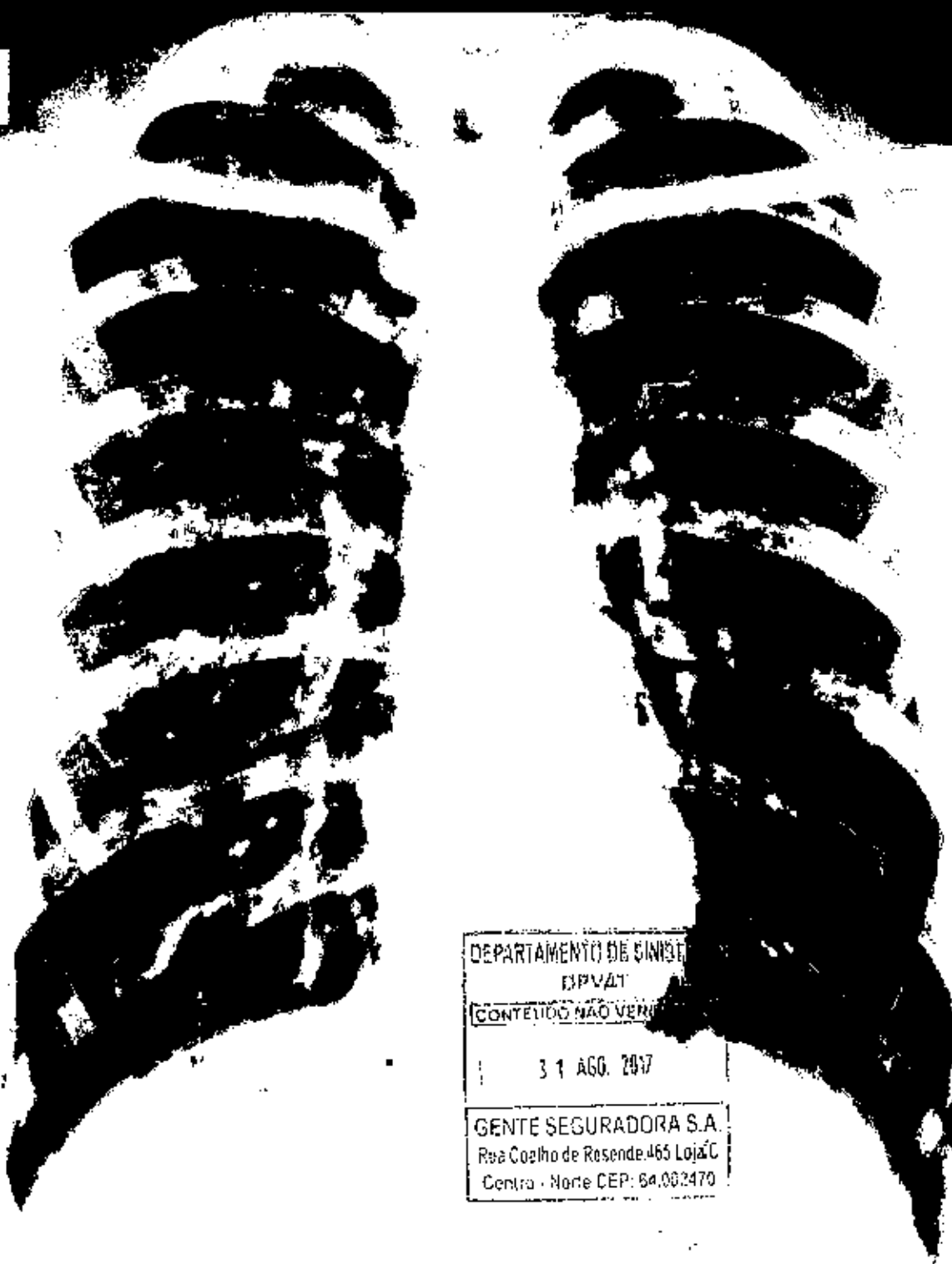
PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO
CRM: 3255

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.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRIVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
31 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rosende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.003.470

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

CLÍNICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA - PI

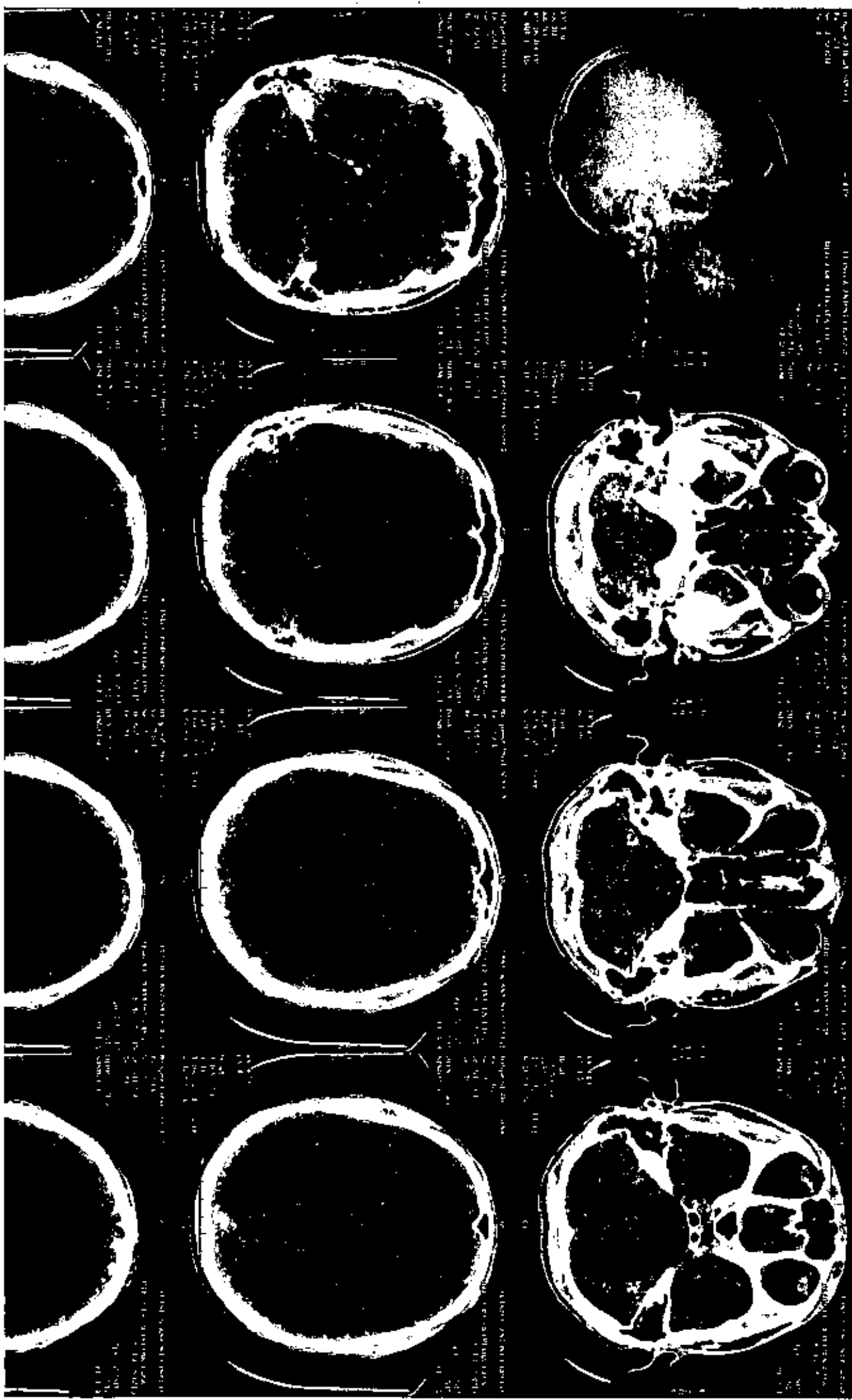
CLINICA
B
Antonio Bomfim
 Rua da Glória, 111 - Centro - Rio de Janeiro - RJ

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 AGO. 2017

INTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 54.007470



B CLINICA
Antonio Bomfim

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
13PM/51
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 ABR. 2007

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

COMPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 DEZ. 2017
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 64.002-470

COMPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 DEZ. 2017
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 64.002-470



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



RECEITUÁRIO

Nome: Diego de Oliveira Lima

19/04/17
Paciente vítima de acidente de trânsito (SIC)
ao Exame: Traumatismo em ambos omeio
e exigendo esmolação; Traumatismo humito
na Direita com fratura incompleta de
7º Arco-costal direito, algia e desconforto
pelo corpo, sendo submetido a tratamen-
to conservador, alta do tratamento
20/04/17; no momento do exame.

Valença do Piauí-PI 07/12/17

Helder Antonio M de Oliveira

CRM 2640

Dr. Helder Antonio M. de Oliveira
Médico
CRM: 2640
CPF: 020.015.067

Saúde é Vida

(89) 3465.2647

COMPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 DEZ. 2017
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 64.002-470

COMPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 DEZ. 2017
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 64.002-470



CLÍNICA

Antonio Bomfim

TECNOLOGIA E SERVIÇO DA VIDA

Ruço de Oliveira Lima

Atestado

Atestado para o Ruço de Oliveira Lima
paciente com apresentação física
de arco costal para o Ruço de Oliveira Lima
nascido em 15/11/1964.
Ruço de Oliveira Lima ortopedista e
fisiologista
No momento não há necessidade de
ortopedia ou fisioterapia.

052 522-3

28/07/17

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11.5820

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone (89) 3485-1201 - Valença do Piauí

e-mail: clinicaantonioabomfim@hotmail.com

| |
|-----------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS |
| DPVAT |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 31 ABR 2017 |
| GENTE SEGURO S.A. |
| Rua Coelho de Resende, 455 Loja C |
| Centro - Norte CEP: 64.002470 |

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.

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO

CRM: 3253

Prça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax: (89) 3485-1201 - Valença do Piauí

| |
|---|
| DEPARTAMENTO DE HIGIENE OPVAT |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 31 AGO. 2017 |
| GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho da Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470 |

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.

(01 filme)

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

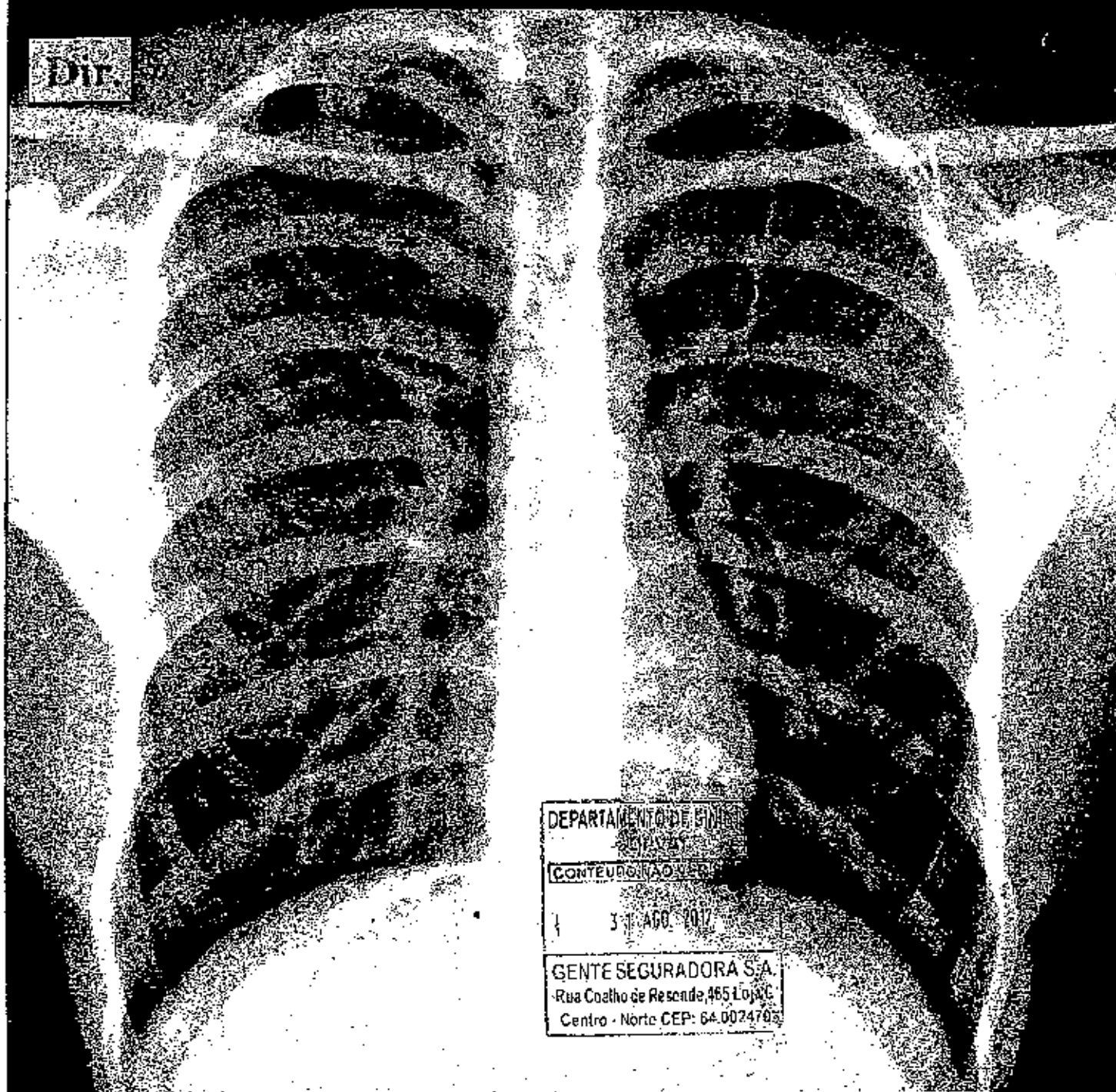
| |
|-----------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS |
| DPVAT |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 3-1 ABR. 2017 |
| GENTE SEGURADORA S.A. |
| Rua Coelho da Resende, 465 Loja C |
| Centro - Norte CEP: 64.002470 |

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO
CRM: 3231

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

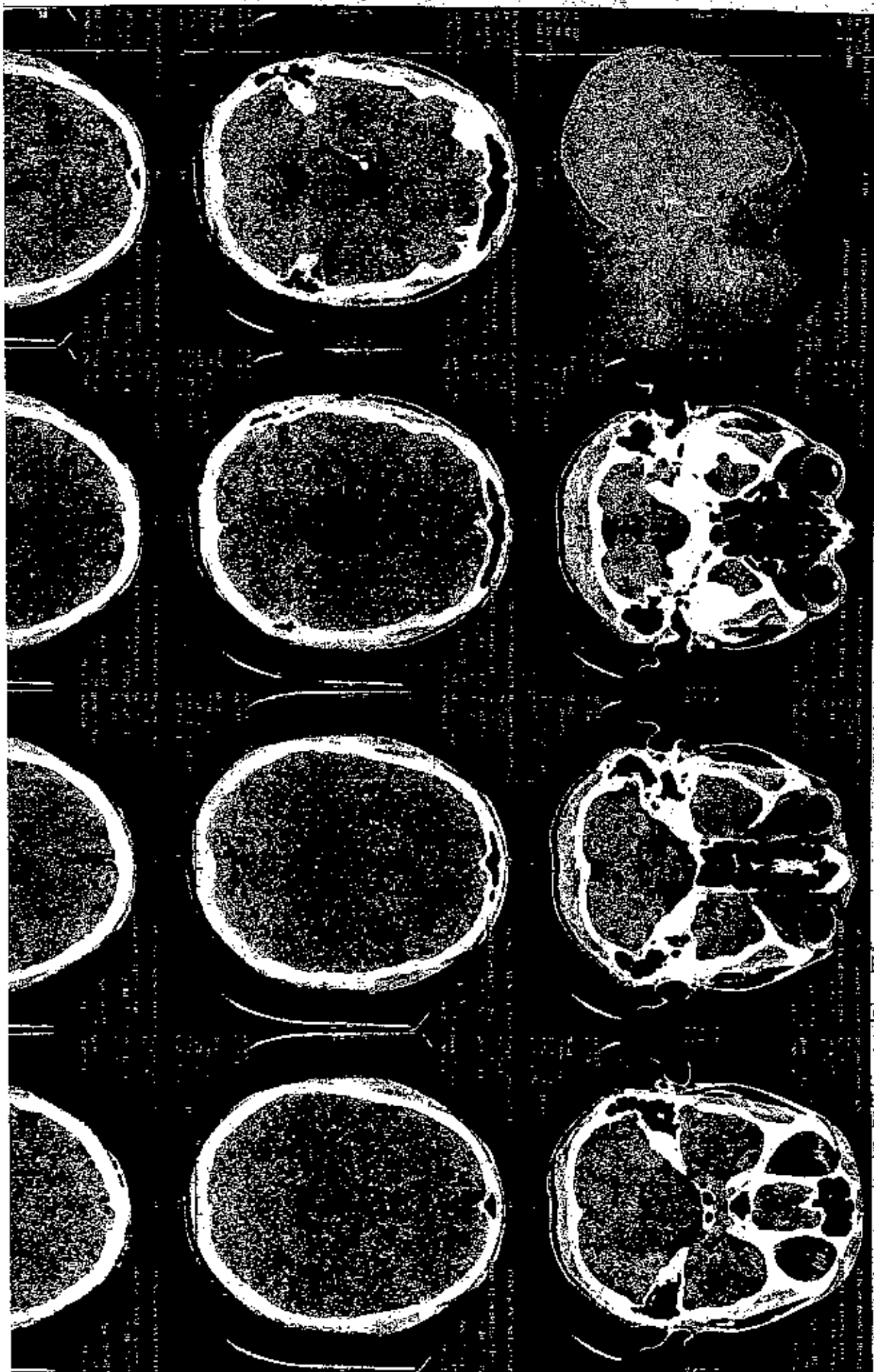
DIEGO DE OLIVEIRA LIMA,
Sexo: Masculino
Idade: 18 Anos

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



Exame: TORAX
Índice de exp: 1785
Med. Solic:

CLÍNICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA - PI



B CLÍNICA
Antonio Bomfim
TECNOLOGIA A SERVIÇO DA VIDA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 ABR. 2012
ENTE SEGURADORA S.A.
R. Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



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

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0177592

Data: 30/09/2017

Funcionário: EDIMAR

Registro: 95288

Hora: 02:05:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 4

EVANDO WILLMAS ALVES DA SILVA

Nasc.: 26/08/1990 Idade: 27 ANOS, 1 MÊS, 4 DIAS Profissão:

End.: PIMENTEL BELEZA, 1.192 -

Bairro: VALENTIM

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Cor: PARDA

Telefone: () -

Mãe: LUCIA ALVES DE MATOS

Pai: 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 URGÊNCIA 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 admitido vítima de acidente motociclistico há 30 min.
Causas 15. SPO₂ 94%. Hemodinamicamente estável. Otorrinolaringo a direita.

Diagnóstico provável:

fratura + TCE moderado

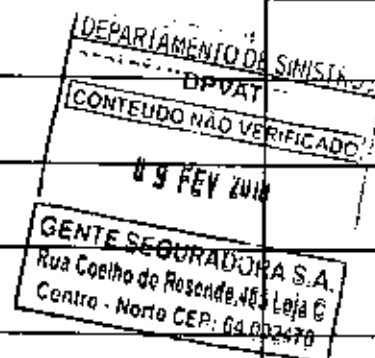
Medicação:

Analgesia + estabilização.

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

1) Regulado p/ Hospital Regional T. de S. Nunes (Florianópolis)



Dr. Antonio de Padua D. Marreiros Junior
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

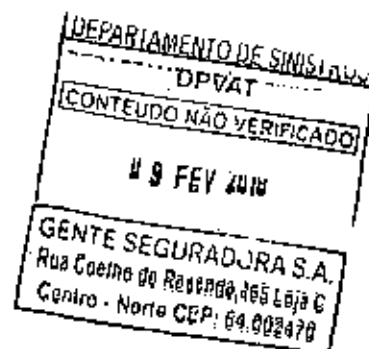
- Parênquima pulmonar com transparência conservada.
- Hilos e trama vascular pulmonar normal.
- Cúpula e seios costó-frênico livres.
- Área cardíaca com dimensões preservadas.
- Fratura incompleta no 7º arco costal à direita.

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

Fratura Incompleta no 7º arco costal à direita.

VALOR DE PATULA BOMFIM 20/04/2017
COP: 111

Praça Getúlio Vargas, 707 - Fone: (85) 3485-1201 - Valença do Piauí





CLÍNICA

Antonio Bomfim

TECNOLOGIA A SERVIÇO DA VIDA

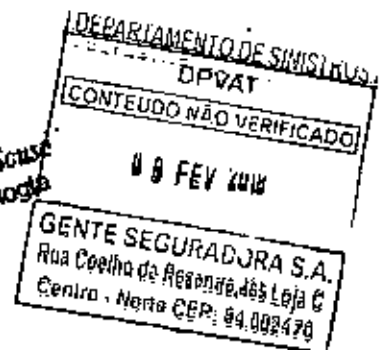
Dr. João de Oliveira Lima
Ortopedista

Atende por e-mails que quer
possuir uma aparelhagem para
o arco costal que reduza a
mobilidade (SOL 1 19/04/2017).
Foi informado que o +
prolonga a vida.
No momento não há nada de
ortopedia em questão.

cas 5323

38/07/17

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3920



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



Nome: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA
Requisição: .
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 costofrênicos livres.
- Área cardíaca com dimensões preservadas.
- Fratura incompleta no 7º arco costal à direita.

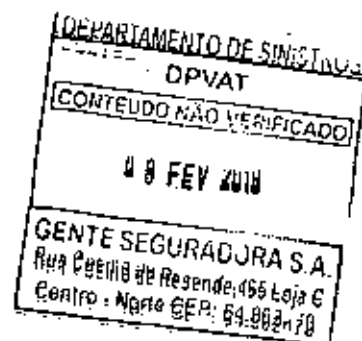
IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

Fratura incompleta no 7º arco costal à direita.

Dr. Paulo Roberto de Almeida

CRM: 1111

Praça Getúlio Vargas, 207 - Fone/Fax: (81) 3485-1201 - Valença do Rio



Nome: DIEGO DE OLIVEIRA LIMA
Data: 28/04/2017
Convênio: PARTICULAR

B Clínica
Antonio Bamfim
Imagem e Saúde de Você

Nº. 33215

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO

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

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 Tomografia Multislite que reduz pelo metade o tempo de exposição à radiação ionizante.

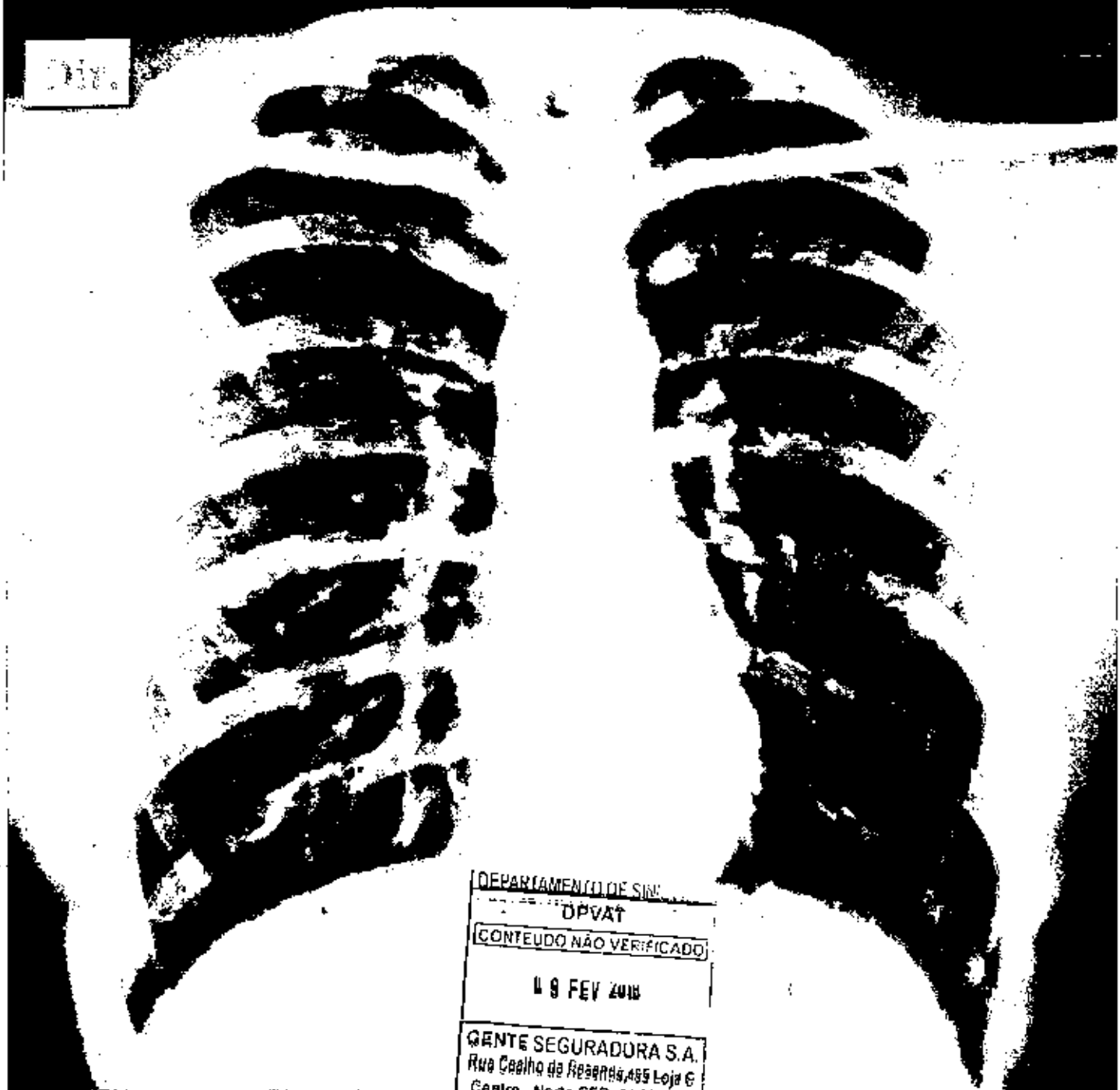
PEDRO DE SETUZA GONÇALVES
CRM: 3257

Prça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax: (30) 3425-1201 - Valença do Pará



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

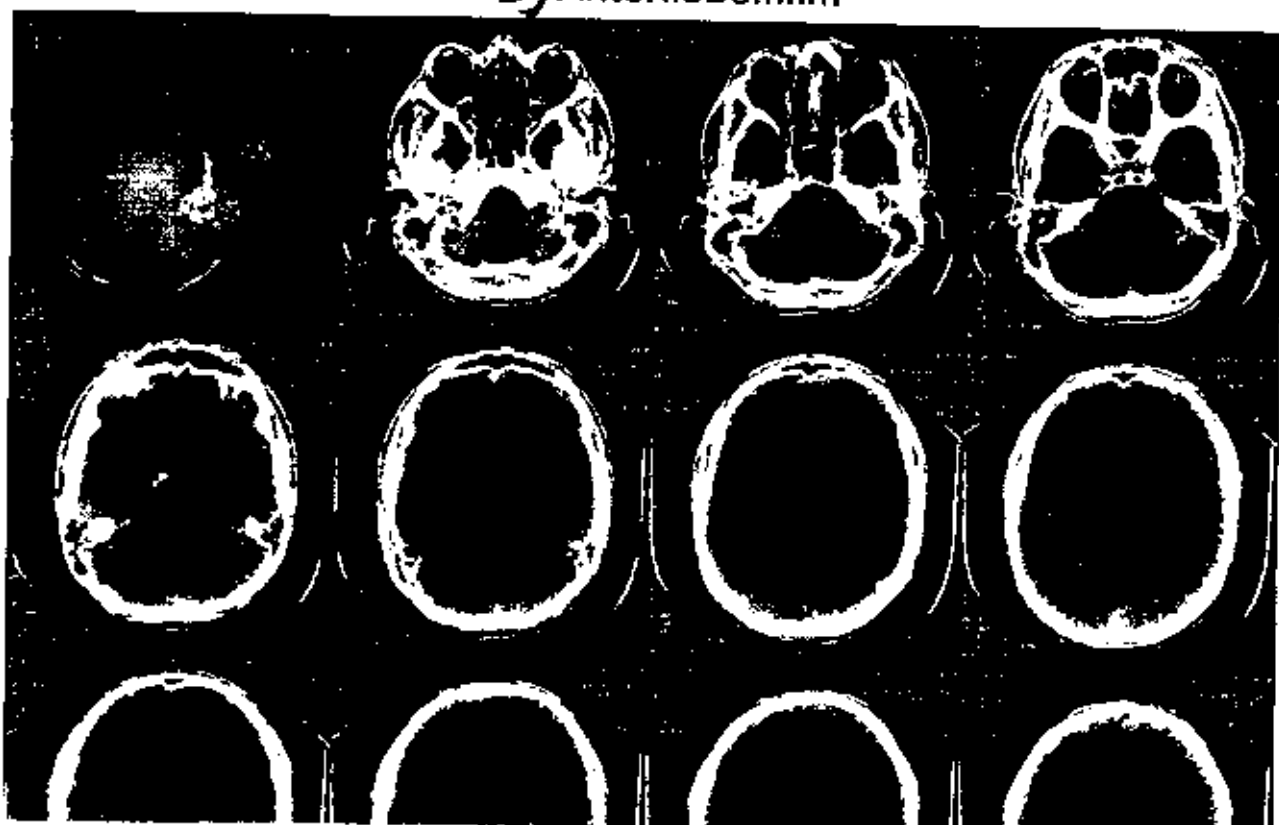
Data de aquis.: 20/4/2017
Hora de aquis.: 12:27:20



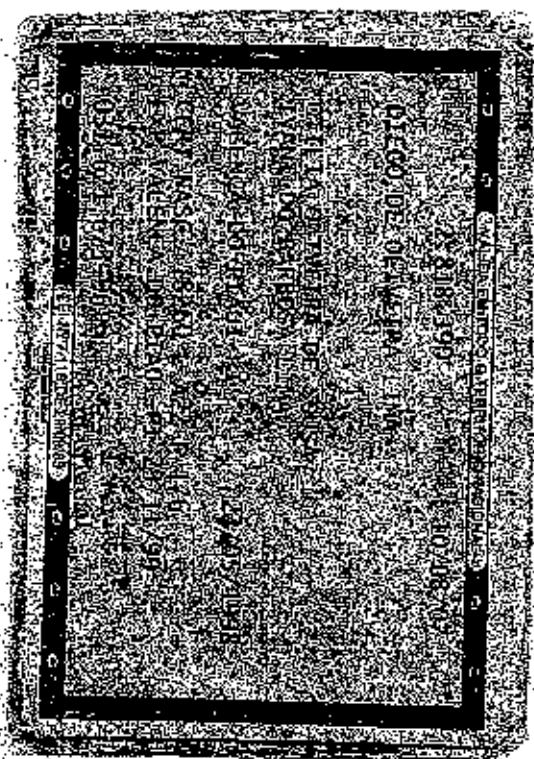
Exame: TÓRAX
Índice de exp: 1785
Méd. Solic:

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA - PI

B CLIN. F.S.
Antonio Bomfim

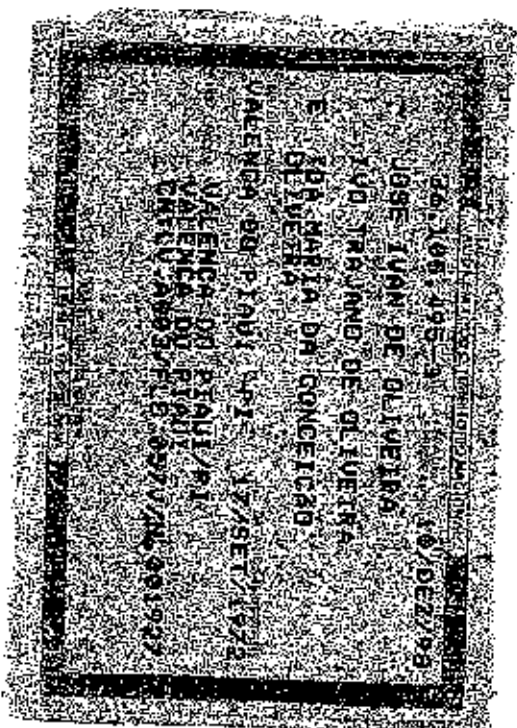


DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
4 9 FEV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002478

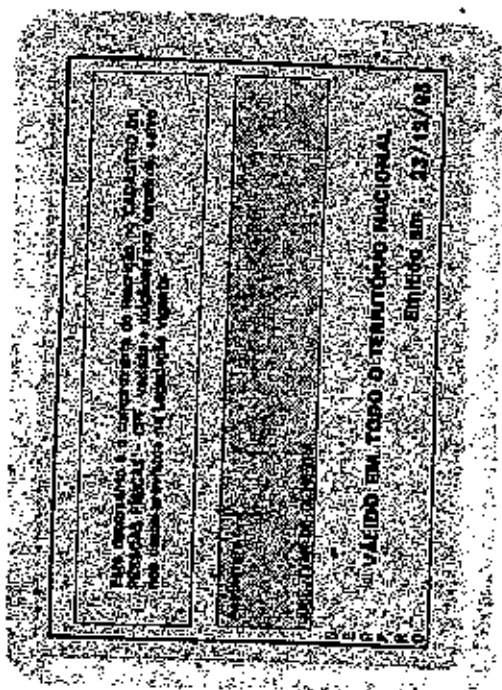


DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BRVAY
CONTEUDO NAO VERIFICADO
31 A60. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470





| | |
|-----------------------------------|--|
| CPF - CADASTRO DE PESSOAS FISICAS | |
| JOSE IVAN DE OLIVEIRA | |
| CPF: 1758243-72 | |
| 17/09/73 | |
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS | |
| CONTENDO NAO VERIFICADO | |
| 31 AGO 2017 | |
| GENTE SEGUADORA S.A. | |
| Rua Coelho do Resende, 465 Loja C | |
| Centro - Norte CEP: 64.002470 | |





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PI Nº 012239313660
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

2033
0104
5504
8412
4342
4363
4436
1792
2106
4601
7017

VIA - CDD - HENTRO - EXERCÍCIO

000149233 2016

HOME

MARDEN WENDERSON MESQUITA ARAUJO

CPF/CNPJ PLACA

61571441301 P12-3370

PLACA ANT/UF CHASSI

9C2KD1000GR032295

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLO/NEUTRA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.

HONDA/NXR 160 PROS 2016 2016

CAP/ROT/CL. CATEGORIA CILINDROS

02P/0162CC FARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º VENC./COTAS

IPVA

FABR. LRV/A PARCELAMENTO/COTAS 2º

00000000 PAGO

PREMIO TAMPÃO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

FBT: 000.29

SEM RESTRICOES

LOCAL DATA

VALENCA DO PIAUI 20/01/2017

Assinatura

Assinatura

PINº 012239313660 BILHETE DE SEGURO DPVAT

61571441301 P12-3370 2016

ESTE É O BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoredetran.pi.gov.br

DPVAT 0000 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2016 20/01/2017

PLACA

61571441301 P12-3370

RENAVAM MARCA/MODELO

01107635524 HONDA/NXR 160 PROS

ANO FAB. DATA

2016 9C2KD1000GR032295

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATFAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

010,75 001,19 011,94

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

004,15 000,10 028,15

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

X COTA ÚNICA PAGO 17/01/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 07.448.800/0001-02

www.seguradoredetran.pi.gov.br

JUL-2017

DEPARTAMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

31 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 455 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.052-747



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

012239313660
CERTIFICADO DE REGISTRO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 00014823
 01107635524 2016
MARCELO WANDERLEIN ARESQUITA ARANJO
 61571441301 PIZ-3370
 002KD1000GR032295
 2016 2015
HONDA/HR 160 BROS
 02P101A2CC PARTIC VERMELHA
 IPVA
 00000000
 PAGO
SEGURO 11341234567890
 PBT: 000,29
 SEM RESTRIÇÕES
 VALÊNCIA DO PLAUZ
 20/01/2017

012239313660 **BLHETE DE SEGURO DPVAT**
 61571441301 PIZ-3370 2016
 01107635524 **HONDA/HR 160 BROS**
 2016 002KD1000GR032295
PREMIO TARIFFARIO

| | | |
|------------------------|--------------|-----------------------------|
| PREMIO TARIFFARIO | DEBATE (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| 010,75 | 001,19 | 011,94 |
| CUSTO DO BLETETE (R\$) | NOT INS | VALOR ASSALADO DEBATE (R\$) |
| 004,13 | 000,10 | 028,15 |
| PAGAMENTO | RESGATADO | DATA DE RESGATE |
| 17/01/2017 | | |

SEGURADORA LIDER DPVAT
 CNPJ 02.241.000/0001-04
 Rua Seguradora LIDER S/A

DEPARTAMENTO DE RENTRACOS
 DPVAT
 [CONTÉUDO NÃO VERIFICADO]
 31 AGO 2017

**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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.





Av. Marechal Cárlos Brando 101 - Centro - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 15.901.656-7 / CNPJ: 06.945.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Ano de fundação: 1988 - Cessão nº 08000 86 9988

| | | |
|---------|-----------|---------------|
| 175/175 | Município | Fatura Mensal |
|---------|-----------|---------------|

Nome do Cliente/Endereço
FRANCISCO ILTON DE ARAUJO LEIT
RUA MONS CICERO PORTELA, 529
NOVO HORIZONTE
VALENCA 64300000
AG= 73

| | |
|---------|------------------------|
| Serviço | Inscrição |
| 3/1 | 113 2 05 0113 0328-000 |

| DATA | Quantidade de Consumo | Valor | Valor | Valor | Valor |
|-------|-----------------------|-------|-------|-------|-------|
| 12/16 | 520 | 12 | 0 | | |
| 01/17 | 529 | 0 | 25 | | |
| 02/17 | 538 | 0 | 0 | | |
| 03/17 | 545 | 0 | 0 | | |
| 04/17 | 552 | 0 | 0 | | |
| 05/17 | 562 | 10 | 0 | | |
| 06/17 | 572 | 10 | 0 | | |

| | |
|--------------------------------|-------------------|
| Forma de Pagamento | |
| PAGAMENTO P/ MINIMO DA CIGACAO | |
| Código de Pagamento | Código de Cigacao |
| 924599170 | 01 |
| Consumo de Água | Consumo de Esgoto |
| 5 | 10 |
| Consumo de Água | Consumo de Esgoto |
| 10 | 10 |

Código Nome do Serviço
AGUA
MANUTENCAO HIDROMETRO

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO EVITE COBRANÇA DE MULTA E JUROS
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO

| Porte | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Valor Máximo Permitido | 50 | 15 | 50 | 10000 | 05 | 10000 | 05 | 10000 | 05 |
| Valor Máximo de Acrescimos | | | | | | | | | |
| Valor Máximo de Realização | | | | | | | | | |
| Valor Máximo de Realização Legalizada | | | | | | | | | |
| Valor Máximo | 0.51 | 0.46 | 0.90 | 7.17 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES, ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESINFECÇÃO FINAL

DEPARTAMENTO DE MINISTROS
OPVAT
CONTEUDO 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 médico pericial: 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.

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

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

DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

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

Diego de Oliveira Lima

(Reconhecer firma por autenticidade ou verdadeira)

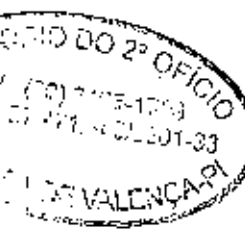
| |
|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT |
| CONTÉUDO NÃO VERIFICADO |
| 31 AGO. 2017 |
| GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 |

2º Ofício de Registro Civil de Notas e Anexo
Rua Euclides Martins, nº 350 - Centro - Valença do Piauí / PI - CEP 64.300-000 - Fone: (86) 3465.1768

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DIEGO DE OLIVEIRA LIMA, DO
RG: 2818390, DA VERDADE - VALENÇA DO PIAUÍ - PI, 30/08/2017.
Esc. 3, 40 Notas e Anexos, 20 Totais, 20 Selos 225,36919 (FUPSP)
ESTABELECE DA SÍLVA FERREIRA ESCRITAMENTE



Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
2º Ofício do Piauí
Arqs de Notas
Registro e Judicial
RECONHECIMENTO DE FIRMA
RAS 36919



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

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

DIEGO DE OLIVEIRA LIMA

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

Diego de Oliveira Lima

(Reconhecer firma por autenticidade ou verdadeira)

| |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 31 AGO, 2017 |
| GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470 |

2º Ofício de Registro Civil de Notas e Anexo

Rua Euclides Martins, nº 550 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3455.1768

RECONHECIMENTO DE FIRMA DE DIEGO DE OLIVEIRA LIMA, titular do seguro DPVAT, para fins de indenização. Valença do Piauí, 30/08/2017.



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

Carta nº 12124590



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),

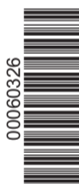
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170659361** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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.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, 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.
incorretas

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.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, 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.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, 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 Nº 2818390 EXPEDIDO POR SSPPI EM 10/08/07 E
CPF 030690693-96 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO RECURSOS
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 (*) 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 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 com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site: 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 SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 ABR. 2017
LIDER SEGURADORA S.A.
Rua Goialdo de Resende, 465 Loja C
Centro - Nova CEP: 64.002-970
RECEITA FEDERAL

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, 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) 00020325-8

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.

Valença 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 previsto 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

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0183
OUVIDORIA 0800 725 7474

242-65054/190-8

30/AGO/2017

HORA DE 15:13:12

1911: 16.08561-8

16RM: 0192 06

LOCALIDADE: VALENCIA DO PIAUI

MT. VINCULADA: 3887

CONTROLE: 586447461

DEPOSITO EM DINHEIRO

3887 013 00020325-8

DIÁRIO DE LA TVE DIA LIMA

VALOR



VALOR DEPOSITO E VALOR COMO
COMPROVANTE DA DEPOSITO

242-65054/190-8

1ª VIA

| |
|-----------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS |
| DIVAT |
| CONTEUDO NAO VERIFICADO |
| 31 AGO. 2017 |
| GENTE SEGURADORA S.A. |
| Rua Coelho de Resende, 365 Loja C |
| Centro - Norte CEP: 64.002470 |



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

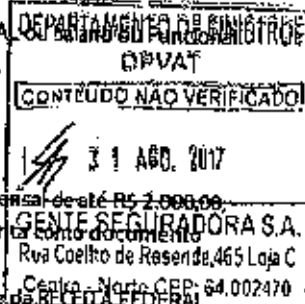
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DIEGO DE OLIVEIRA LIMA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2818390 EXPEDIDO POR SEPP EM 10/08/07
CPF 030681063-90 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO MECANIC
E RENDA MENSAL DE R\$ 1400,00 (*) 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;
- 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 www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/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) 00020325-8

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.

Agência PI 30 de AGOSTO de 2017
LOCAL E DATA

X Diego de Oliveira Lima
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.

UNIA ECONOMICA FEDERAL

SAC 8008 725 8183
CIVILORIA 8008 725 7474

242-856547190-8

30/AGO/2017

HORA DE 15:13:11

LOT: 15.18561-8

TERMO: 015726

LOCALIDADE: VALENCA DO PEADI

RG: VINCULADA: 3887

CONTROLE: 526447461

DEPOSITO EM DINHEIRO

3887 813 08420325-8

DIEGO DE OLIVEIRA LTDA

VALOR

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DA DEPOSITO

242-856547190-8

1ª VIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

31 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-670