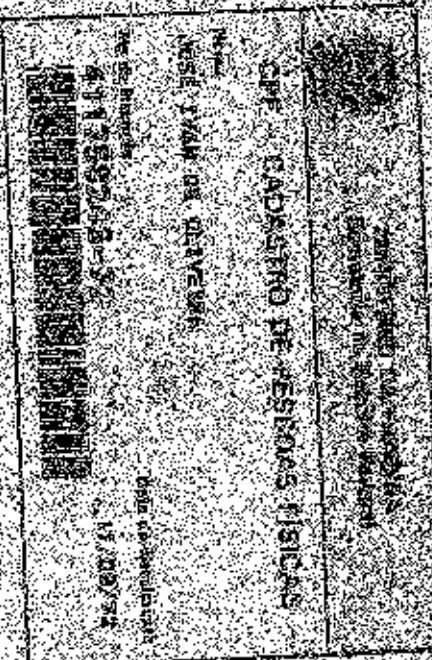
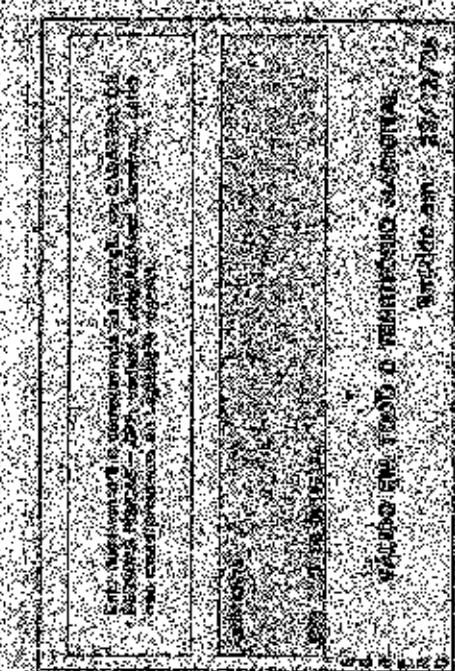
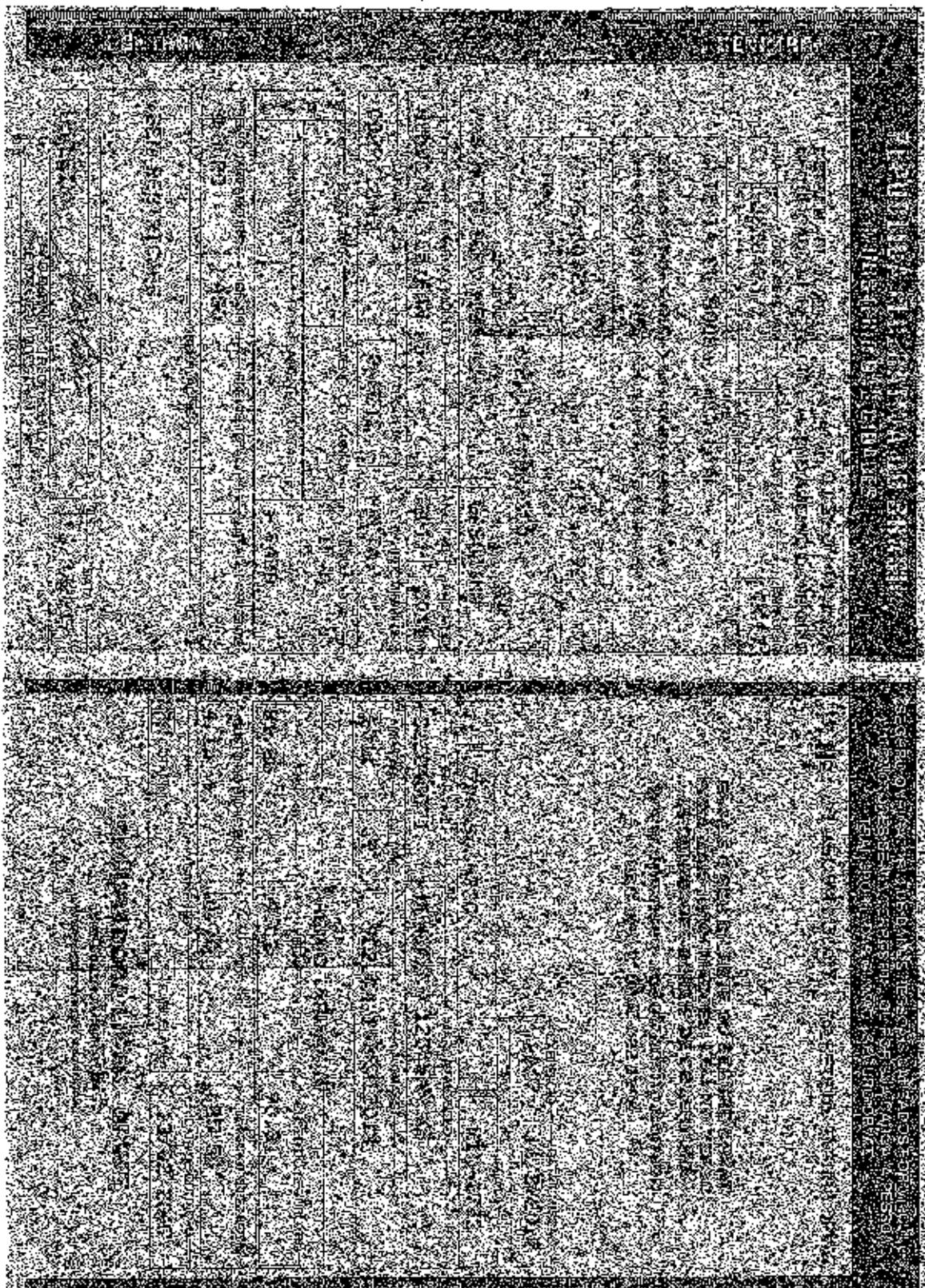


GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24.002-470

21 MAR. 2010





MENTO DE SINISTRO

DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

21 MAR. 2010

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cinelho do Rosendo, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24.002-470

**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.

Número do Sinistro: **3180132016**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCINALDO DE SOUSA LULA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA ADALBERTO VILARIO DE MORAIS, 221, cs - VALE VERDE - Valença do Piauí - PI - CEP 64300-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1769239**

Data e local do acidente: [**16/09/2017**] **SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PIAUÍ**

Data e local do exame: [**06/08/2018**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta de tibia esquerda

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

Paciente apresenta déficits de movimentos em tornozelo esquerdo.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico. Não realizou fisioterapia.

V. Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

Déficits de flexão dorsal (realiza 0-20), flexão plantar (realiza 0-30), abdução (realiza 0-15) e adução (realiza 0-15) de tornozelo esquerdo. Dor à mobilização e déficit de força grau 3. Atrofia (2+/3+).

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

% 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

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



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI

**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.

Número do Sinistro: **3180132016**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCINALDO DE SOUSA LULA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA ADALBERTO VILARIO DE MORAIS, 221 - VALE VERDE - Valença do Piauí - PI - CEP 64300-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1769239**

Data e local do acidente: [**16/09/2017**] **SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PIAUÍ**

Data e local do exame: [**23/04/2018**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta de tibia esquerda

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

Submetido a tratamento cirúrgico. Não realizou fisioterapia.

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

Paciente apresenta déficits de movimentos de tornozelo esquerdo.

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

[**X**] Sim [] Não

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

[**X**] Sim [] Não

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

Déficits de flexão dorsal (realiza 0-15), flexão plantar (realiza 0-20), abdução (realiza 0-15) e adução (realiza 0-15) de tornozelo esquerdo. Dor à mobilização e déficit de força grau 3. Edema (2+/3+).

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

% 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

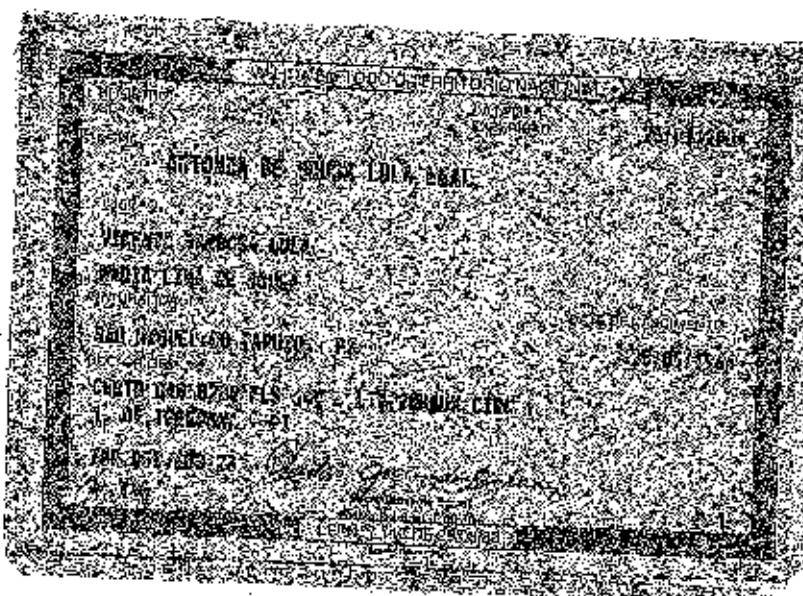
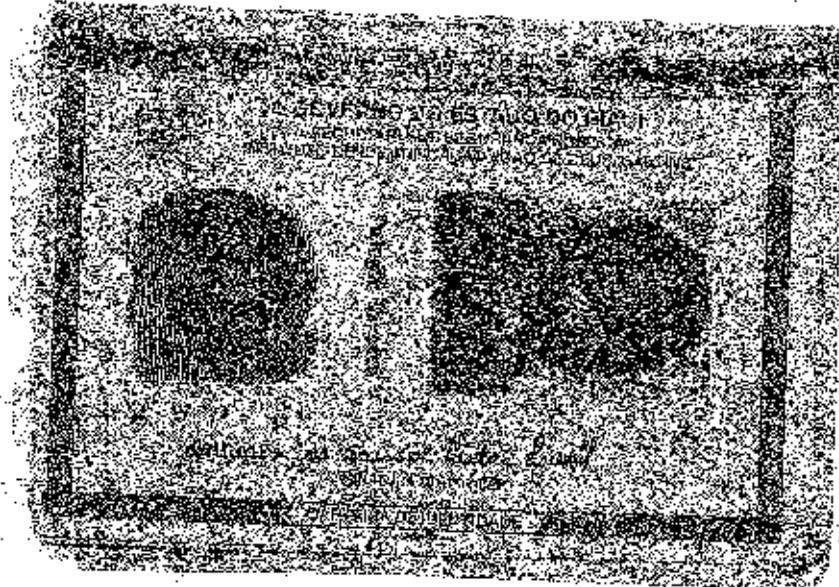
Região Corporal (Sequela):

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

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



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180132016 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCINALDO DE SOUSA LULA **Data do acidente:** 16/09/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180132016 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCINALDO DE SOUSA LULA **Data do acidente:** 16/09/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de tibia esquerda

Descrição do exame médico pericial: Paciente apresenta déficits de movimentos em tornozelo esquerdo. Déficits de flexão dorsal (realiza 0-20), flexão plantar (realiza 0-30), abdução (realiza 0-15) e adução (realiza 0-15) de tornozelo esquerdo. Dor à mobilização e déficit de força grau 3. Atrofia (2+/3+).

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Não realizou fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/08/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: Indenização em grau leve do tornozelo devido a limitação leve da flexo-extensão, abdução e adução articular. Vítima já indenizada em 50% de 25% do tornozelo, portanto, nada a acrescentar ao indenizado. 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: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180132016 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCINALDO DE SOUSA LULA **Data do acidente:** 16/09/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de tibia esquerda

Descrição do exame médico pericial: Paciente apresenta déficits de movimentos de tornozelo esquerdo. Déficits de flexão dorsal (realiza 0-15), flexão plantar (realiza 0-20), abdução (realiza 0-15) e adução (realiza 0-15) de tornozelo esquerdo. Dor à mobilização e déficit de força grau 3. Edema (2+/3+).

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Não realizou fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/04/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do tornozelo devido ao edema e limitação da mobilidade articular (flexo-extensão, abdução e adução articular).
Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

Médico examinador: Luanna Moura Moreira

CRM do médico: 4718

UF do CRM do médico: PI

DANOS

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Francinaldo de Sousa Lula

Nacionalidade: Brasileiro		Estado Civil: Casado		Profissão: Trabalhador Rural	
RG: 1.769.239	Org. emissor SSP-PI	D. Expedição	22 / 08/1996	CPF: 025.547.263-37	
Endereço: Rua Adalberto Vilálio de Moraes			Nº 221	Bairro: Vale Verde	
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 representá-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima

FINANCIALS - the Source Data

Local / data: Valenca do Piauí - fl. 09/02/2018

Entrevista de los Sures de

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24000-2470

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



2º Ofício de Registro Civil de Nomes e Anexos

Rua Domingos Martins, 1º andar - Centro - 54010-001 - Fone: (62) 61.330.6000 - Fax: (62) 61.330.1700



Presidenta María Morena de Roma
Efectuante Avisos y Anuncios

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINALDO DE SOUSA LULA

Nº Sinistro: 3180132016

Vitima: FRANCINALDO DE SOUSA LULA

Data do Acidente: 16/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180132016**.

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, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINALDO DE SOUSA LULA

Sinistro: 3180132016

Vítima: FRANCINALDO DE SOUSA LULA

Data do Acidente: 16/09/2017

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 3180132016** 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, 01 de Maio de 2018

Carta n°: 12732405

A/C: FRANCINALDO DE SOUSA LULA

Nº Sinistro: 3180132016
Vitima: FRANCINALDO DE SOUSA LULA
Data do Acidente: 16/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCINALDO DE SOUSA LULA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003887

Conta: 000005352-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINALDO DE SOUSA LULA

Sinistro: 3180132016

Vítima: FRANCINALDO DE SOUSA LULA

Data do Acidente: 16/09/2017

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 3180132016** 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, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINALDO DE SOUSA LULA

Nº Sinistro: 3180132016

Vitima: FRANCINALDO DE SOUSA LULA

Data do Acidente: 16/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180132016**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CRM da Vítima

Nome completo da vítima

028547.963-37

FRANCINALDO DE SOUSA KILA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	FRANCINALDO DE SOUSA KILA	CPF titular da conta	028547.963-37	Profissão	RECEBEDOR
Endereço	AV. ADIB REATO VILA VINTO DE MONTES	Número	801	Complemento	CRSA
Bairro	VILA VENDA	Cidade	VALença	Estado	PE
Email	joaoivan35@hotmail.com	CEP	264300-000	Telefone (DDD)	(81) 3413-2306

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº:	DN	CONTA Nº:	DN
3884		00005356	15
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: _____ NRO: _____			
AGÊNCIA Nº:	DN	CONTA Nº:	DN
_____		_____	
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)	

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

Valença-PE, 25 de Fevereiro de 2018

Local e Data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT (CONTENDO NÃO VERIFICADO)
21 MAR. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 463 - Loja C Caixa Postal 112 - CEP: 54.002-470

X Encaminhado de Seguradora

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário





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

Francinaldo de Sousa Lula
 Encarregado Autorizado

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.001222/2017-75

Complementar ao BO Nº: 122451.001218/2017-18

Unidade de Registro:

Reep. pelo Registro: Gilberto Lopes Da Silva

Data/Hora: 02/12/2017 - 14:42

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

DA CIDADE DE VALENÇA PARA A LOCALIDADE MEIOS MUNICÍPIO DE SÃO FELIX, Nº:

Complemento

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCINALDO DE SOUSA LULA

Tipo Envolt.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 1769238 SSP

Mãe: MARIA LIMA DE SOUSA

Pai: VICENTE BARBOSA LULA

Endereço: RUA ADALBERTO VILARIO DE MORAIS, Nº 221

Complemento: VALE VERDE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

21 MAR 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Niterói - RJ CEP: 24.002-470

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) INVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA, 125 FAN

Ano: Placa: Chassi:

2011 NIX2792 9C2JC411OBR722014

Renavam:

3228848571

Cor:

Preta

Condutor: FRANCINALDO DE SOUSA LULA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro:

Proprietário: ANTÔNIA DE SOUSA LULA LEAL

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA COMPARCEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE VALENÇA DO PIAUÍ PARA REGISTRAR O OCORRÊNCIA NO SEGUINTE TEOR: QUE NO DIA HS ACIMA MENCIONADO SE DESLOCAVA DA CIDADE DE VALENÇA PARA A LOCALIDADE MEIOS MUNICÍPIO DE SÃO FELIX PIAUÍ AO DESCER A LADEIRA DE PIÇARRA SOLTA O PNEU DIANTEIRO DE SUA MOTOCICLETA DERRAPOU A VITIMA PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E CAIU NO CHÃO SOFRENDO AS LESÕES CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA O MESMO FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO PIAUÍ E LEVADO PARA O HOSPITAL DA CIDADE DE SÃO FELIX PIAUÍ ERA O QUE TINHA A REGISTRAR

Francinaldo de Sousa Lula
 Gilberto Lopes Da Silva - Mat. 0414808
 AGENTE DE POLÍCIA

Francinaldo de Sousa Lula
 FRANCINALDO DE SOUSA LULA - Noticiante
 Responsável pela Informação

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

EVANILCEVALDO DE SOUSA MUNHA

CPF da Vítima

025.547.363-31

Data do Acidente

16/03/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 MAR 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rosende, 468 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

JALENCA - PI, 25 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

Francisco Lider Souza MUNHA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
UNIDADE MISTA DE SAÚDE ANTÔNIO BATISTA
SÃO FÉLIX DO PIAUÍ**

BALANÇIM DE ATENDIMENTO

EXAME FÍSICO E CLÍNICO

DADOS SOBRE O PACIENTE

NOME: Fábio Cesar da Silva Souza
Data de Nascimento: 26/10/1973

Profissão: Analista

Sexo: M () F ()

Cartão do SUS: 1603620432013

Filiação: Pai: Francisco Batista Souza

Mãe: Francisca Souza

Endereço: Rua 100, Centro - São Félix

Município: São Félix

Estado: Piauí

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

Data do Atendimento: 26/10/2013

Hora: 20:30

Motivo do atendimento: Próstata

QUEIXA PRINCIPAL

Discrepância entre ejaculação e urina
Discrepância entre ejaculação e urina
Discrepância entre ejaculação e urina

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Edvaldo Batista

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Edvaldo Batista



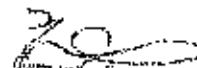
ESTADO DO PIAUÍ PREFEITURA MUNICIPAL
SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI

Unidos pelo progresso

Recituário

Paciente: Francimelde Souza Lula

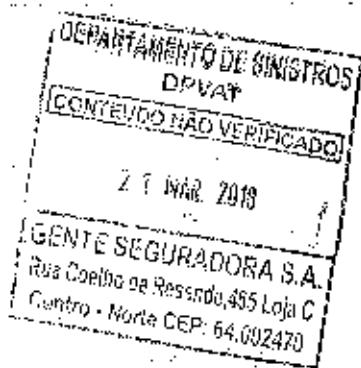
Dr. Francimelde Souza Lula, foi recebido pela ambulância de Santa Cruz dos Milagres - PI, na zona rural desse município; Com fratura em MIE; PA = 130, 80, e encaminhado para o hospital mais próximo desse município.


Fernanda Estrela Soárez
Enfermeira
COREN-PI 454.285

36/09/2013
Data

Assinatura

Rua São Nicolau, S/N - CEP: 64.315-000 - CNPJ: 41.522.220/0001-29



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

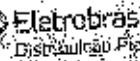
CLIENTE: FRANCINALDO DE SOUSA LULA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 00000005352-3

Nr. da Autenticação 97CCBDFE6AF4C61F



Ento de micto oceve
Ejercitria en el mico
esta sefuerza

605013-2

OCUPACIÓN: **PERIODISTA** | EDAD: 30 | GÉNERO: H
ESTADO: MÉXICO | MUNICIPIO: TOLUCA | COL: TOLUCA | CP: 40000 | TEL: 01 722 250 1234 |
CORREO: periodista.toluca@gmail.com | periodistatoluca.com | <https://www.facebook.com/periodistatoluca>

Nº da Nota Fiscal 001154228

© 2000 Society for the History of Psychology - The History of Psychology

ELIEHÉ MARIA DE SOUSA
R. ADRIELITO VILARO. DE MORAIS 221 221-B-URBANO
CPF: 000993300543911
CEP: 64.300-000 - VALENCA DO PIAUÍ
RTI: 242.750-18.22.5

12585	26/10/2017
12544	27/09/2017
1.000	27/11/2017
41	26/10/2017
41	26/10/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO

CONTENIDO NAO VERIFICADO

21 MAR 2010

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rosanda, 466 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-420

210-1153-5504 E040 F5&E.CD73.3898

AGESPISA
Águas e Gás de São Luís S.A.

Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.615.741/0001-27
Site: www.agespisa.com.br

Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

Matrícula	Horário	AG= 67												
1735348-3	ABT/NB81234	FEV/2018												
Endereço: Rua Antônio de Oliveira JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VIADE VALENCA 64300000														
AG= 67														
<table border="1"> <tr> <td>Consumo</td> <td>Características de Uso</td> <td>Impressão</td> </tr> <tr> <td>3/1</td> <td>113 2 07 0573 0171-000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>01/01/2018</td> <td>08/02/2018</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Histórico da Conta: 08/2017 08/2017 353 0 0 09/17 353 0 0 10/17 354 1 0 11/17 354 0 0 12/17 354 0 0 01/18 354 0 0 02/18 354 10 30 </td> <td> Forma de Faturamento: 30-HIGROMETRO PARADO End. Residencial: 916101799 End. Residencial: 01 Consumo (M3): 3 Consumo (L): 10 Consumo (L): 10 </td> </tr> </table>			Consumo	Características de Uso	Impressão	3/1	113 2 07 0573 0171-000		01/01/2018	08/02/2018	28	Histórico da Conta: 08/2017 08/2017 353 0 0 09/17 353 0 0 10/17 354 1 0 11/17 354 0 0 12/17 354 0 0 01/18 354 0 0 02/18 354 10 30		Forma de Faturamento: 30-HIGROMETRO PARADO End. Residencial: 916101799 End. Residencial: 01 Consumo (M3): 3 Consumo (L): 10 Consumo (L): 10
Consumo	Características de Uso	Impressão												
3/1	113 2 07 0573 0171-000													
01/01/2018	08/02/2018	28												
Histórico da Conta: 08/2017 08/2017 353 0 0 09/17 353 0 0 10/17 354 1 0 11/17 354 0 0 12/17 354 0 0 01/18 354 0 0 02/18 354 10 30		Forma de Faturamento: 30-HIGROMETRO PARADO End. Residencial: 916101799 End. Residencial: 01 Consumo (M3): 3 Consumo (L): 10 Consumo (L): 10												
ÁGUA Nome do Serviço: 26,92														

Extrato de Faturamento: 17/02/2018 26,92
 ATÉ O VENCIMENTO: EVITE COBRANÇA DE MULTA/ JUROS/ MORA
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2006 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
 DIAS APÓS VENCIMENTO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 MAR. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470

Período:	Total:	Car:	Conv:	PH:	Notas:	ultimado:	Exigibilidade:
Último Mês Faturado:	50	10	50	00000000000000000000			
* Matrícula do Acreedor: Agencia * Atividade Realizada: * Atividade que Acreda: Agencia * Valor a Cobrar: 4.51 0.46 0.90 7.17 0.00 0.08 0.00 * PESSEM A QUADRAR: 12 ÁGUA 12/18 09 RECEBIMENTOS SEPARADOS							

AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA
 ALTERNATIVA, BILHÉ, 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR
 EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES
 PESA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

Matrícula	113 2 07 0573 0171-000	AG= 67
1735348-3		
Matrícula	1735348-3	FEV/2018

VALOR PAGAR: 26,92
 32600000000-6 191200102148 73534830220-0 18000000001-8



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTÔNIA DE SOUSA LIMA HEAL

RG nº 834416, data de expedição 25/09/2004

Órgão SSPPI, portador do CPF nº 700.050.603-20, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA HENACLETO DE SOUSA, nº 1467,

complemento QNSA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima FRANCINALDO DE SOUSA LIMA cujo o condutor era
FRANCINALDO DE SOUSA LIMA.

Veículo: MOTOCICLETA / CG 125 FAN KS

Modelo: 2011

Ano: 2011

Placa: NIX-2784

Chassi: 9C8J2410C8R713014

Data do Acidente: 16/09/2017

Local e Data: TERESINA-PI PIAUÍ-PI 08/10/2017

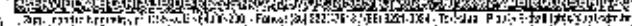
XAntônia de Souza Lima Heal

Assinatura do Declarante

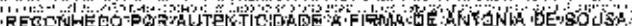


Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)







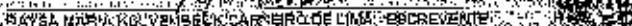


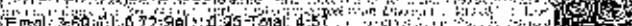


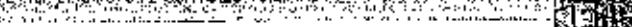






















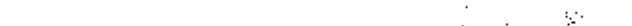






















DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFUDO MAIS VERIFICADO
21 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 405 Loja C
Centro - Norte CEP 64.002-470



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

RECEITUÁRIO

Name: Francivaldo de Souza L. *Dr. Helder Antonio M. de Oliveira*
CRM: 20733-72
CPF: 491.252-18-72

Locante vítima de acidente de trânsito (32C), dia 16/09/2017, no exame: Trauma grave (5) com fratura exposta de Tibia E, e umas cravos pelo corpo, sendo submetido a tratamento cirúrgico, com alta de tratamento dia 20/01/18, no momento apresenta atrofia do membro inferior E (perna), claudicando ao desambular e frigidez de ligamentar, com restrição da mobilização por aparelhos metálicos externos da perna E dia 28/06/18, apresentando redução da circulação junval de ojo (anomalia nascitri 30): 1º momento de exame

Dr. Helder Antonio M. de Oliveira
CRM: 20733-72
CPF: 491.252-18-72

Valença do Piauí-PI 10/07/18
Balan 111
2641...

Saúde e Vida

(89) 3465.2647

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI