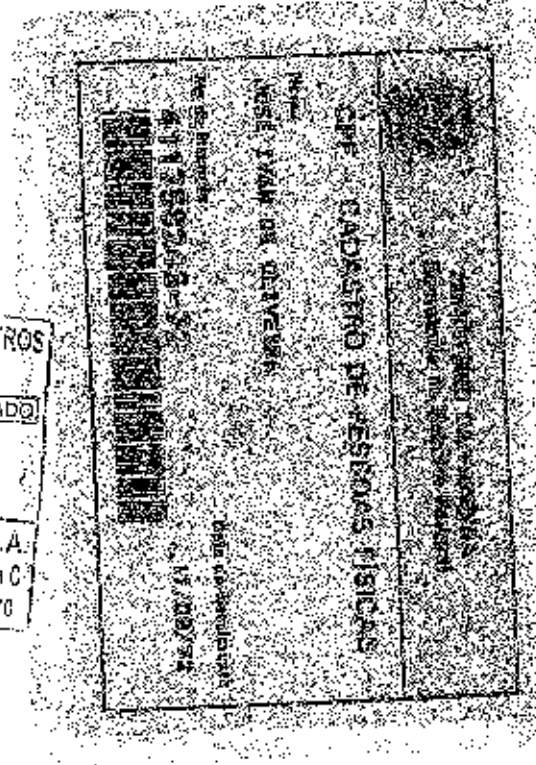


DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
[CONTEUDO NAO VERIFICADO]  
21 MAR. 2016  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470





**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 64300-00**

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?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

***Submetido a tratamento cirúrgico. Não realizou fisioterapia.***

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

[ ☒ ] 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 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

**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.** Nexa 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  
( X ) 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

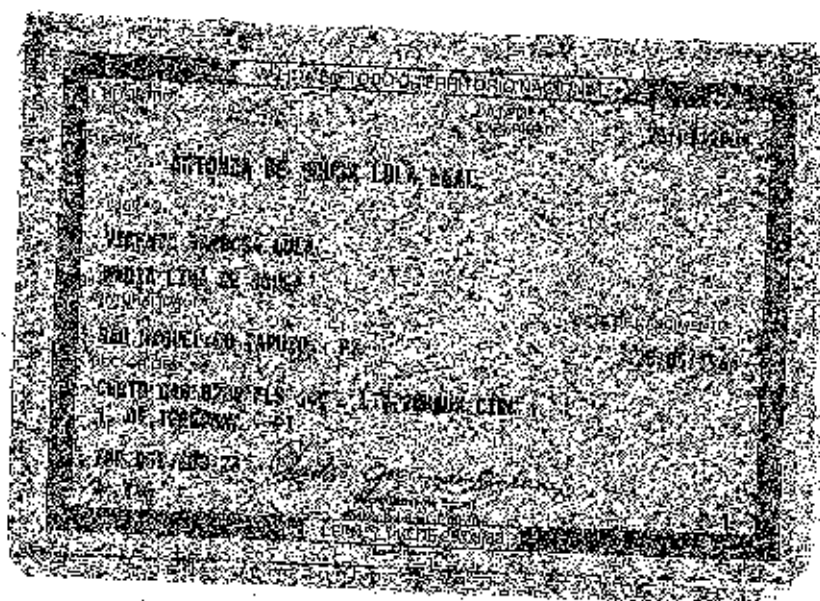
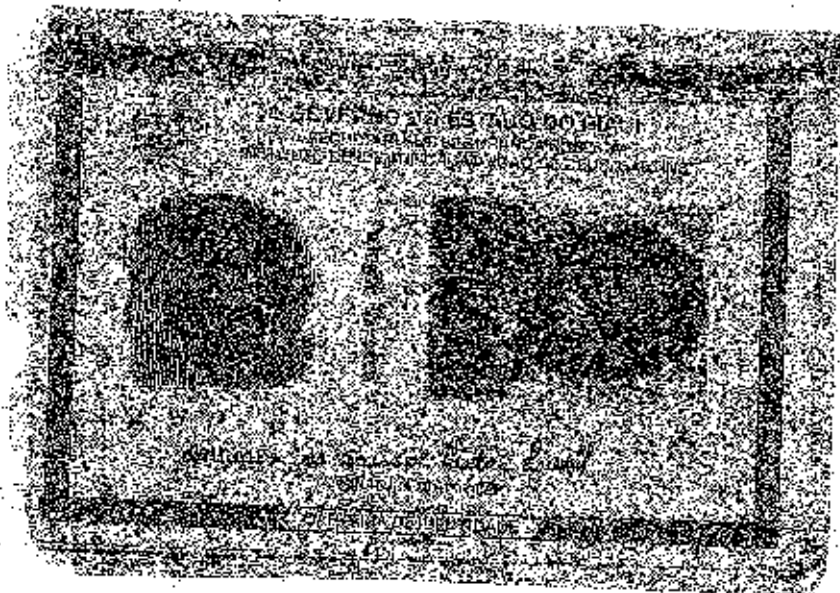
Região Corporal (Sequela):

% 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



DEPARTAMENTO DE SIMISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
21 MAR. 2011  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 665 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.02476



# Relatório

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

NOVEMBRO/2017

28/11/2017

381

350,04

JEREMIAS LEAL MOURA

R. MURACIETO DE SOUSA 1467 1467 MONTE CASTELO

CPF: 0000405444368

CEP: 64.016-180

TERESINA

NOT: 14.001.08.24.149670

Valor	13691	Valor	21/11/2017
Valor	13420	Valor	20/10/2017
Valor	1.000	Valor	20/12/2017
Valor	381	Valor	23/11/2017
Valor	381	Valor	23/11/2017

INFORMAL

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

Relatório de Sinistros

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
21 MAR 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende 485 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

# 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 tíbia 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 tíbia 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

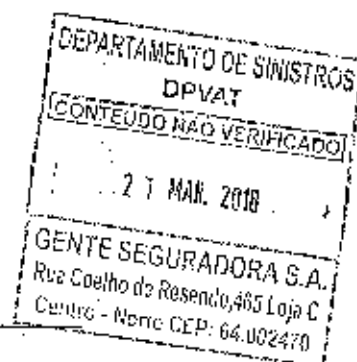
<b>OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)</b>			
Nome: Francinaldo de Sousa Lula			
Nacionalidade: Brasileiro	Estado Civil: Casado	Profissão: Trabalhador Rural	
RG: 1.769.239	Org. emissor SSP-PI	D. Expedição 22 / 08/1996	CPF: 025.547.263-37
Endereço: Rua Adalberto Vilário de Moraes		Nº 221	Bairro: Vale Verde
Cidade: Valença	Estado: PI	CEP: 64300-000	
<b>OUTORGADO: (Dados do procurador)</b>			
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

FRANCINALDO DE SOUSA LULA

Local / data: Valença do Piauí - PI 09/03/2018

Francinaldo de Sousa Lula



Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Francinaldo de Sousa Lula  
Escrevente Autenticado



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**

Carta nº 12567076



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](http://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 nº: 12732405

A/C: FRANCINALDO DE SOUSA LULA

Nº Sinistro: 3180132016  
Vítima: 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](http://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](http://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](http://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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

025.547.263-37

Nome completo da vítima

FRANCINALDO DE SOUSA LULA

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

Nome completo	FRANCINALDO DE SOUSA LULA	CPF titular da conta	025.547.263-37	Profissão	RECURSOS
Endereço	RUA AMBROSIO VILANO DE MORAES	Número	301	Complemento	CRASH
Bairro	Vale Verde	Cidade	Valença	Estado	PE
Email	joseivan35@hotmail.com	Telefone (DDD)	84300-000	Telefone (DDD)	84300-000

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 do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
NRO.

3887

(Informar dígito se existir)

DV

CONTA  
NRO.

00005354

(Informar dígito se existir)

DV

AGÊNCIA  
NRO.

(Informar dígito se existir)

DV

CONTA  
NRO.

(Informar 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.

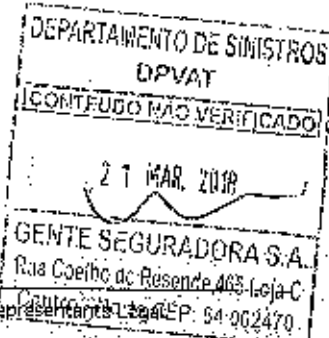
Valença PE 25 de Fevereiro de 2018

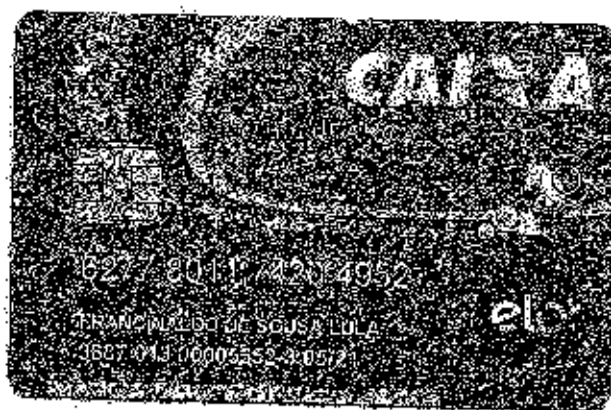
Local e Data

X Francisco de Sousa Lula

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DE VAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
21 MAR. 2016  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470



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

Francisco de Assis Gomes de Sousa  
Escrivão Autorizado

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.001222/2017-75**

Complementar ao BO Nº: 122451.001216/2017-18

Unidade de Registro:

Resp. 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 FEL, Nº:

Complemento

Data/Hora

16/09/2017 - 19:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: FRANCINALDO DE SOUSA LULA

RG: 1769239 SSP/PI

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

Tipo Envolv: VITIMA/Noticiante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA, 125 FAN

2011 NIX2792

9C2JC411OBR722014

3228848571

Preta

Condutor: FRANCINALDO DE SOUSA LULA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro:

Proprietário: ANTÔNIA DE SOUSA LULA LEAL

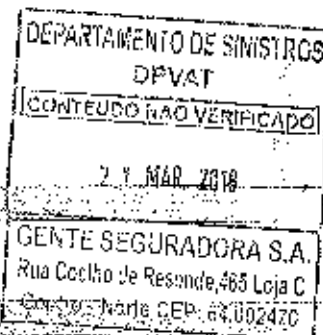
Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro:

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

A VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE VALENÇA DO PIAUÍ PARA REGISTRAR O OCORRÊNCIA NO SEQUINTE TEOR: QUE NO DIA HS ACIMA MENCIONADO SE DESLOCAVA DA CIDADE DE VALENÇA PARA A LOCALIDADE MEIOS MUNICÍPIO DE SÃO FELIX PIAUÍ AO DESER 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 MEDICA 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

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 <b>FRANCIVALDO DE SOUSA SILVA</b>	CPF da Vítima <b>035.547.263-37</b>	Data do Acidente <b>16/09/2017</b>
--	--	---------------------------------------

**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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

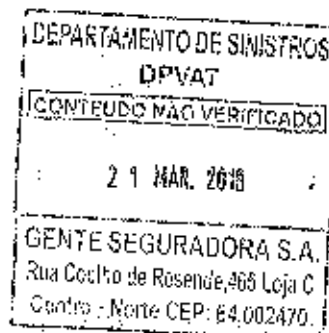
**Valença-PI, 05 de Fevereiro de 2018**

Local e Data

*Francinaldo de Sousa Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE ATENDIMENTO  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
UNIDADE MISTA DE SAÚDE ANTONIO BATISTA  
SÃO FELIX DO PIAUÍ

DADOS SOBRE O PACIENTE

NOME: Francinaldo Sousa Paula  
Data de Nascimento: 22/10/21973  
Profissão: Cozinheiro  
Sexo: M (X) F ( )  
Cartão do SUS: 1605062200021  
Filiação: Pai: Aluísio Barbosa Paula  
Mãe: Monica Luiza da Sousa  
Endereço: Serra Verde - quilômetro 1  
Município: São Félix  
Estado: Piauí

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

Data do Atendimento: 15/05/2012  
Hora: 20:30  
Motivo do atendimento: Fígula

QUEIXA PRINCIPAL

Acididade de estômago com flatulência em  
depois das refeições - fígula há 20 dias  
conduzido para fígula

EXAME FÍSICO E CLÍNICO

PROVÁVEL DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Hora da Medicação



PA ( ) T ( ) P ( ) R ( )

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Glenn Maria da Sousa






ESTADO DO PIAUÍ PREFEITURA MUNICIPAL  
SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI

*Unidos pela progresso*

## Recetivário

Paciente: Francinilde Sousa Lobo

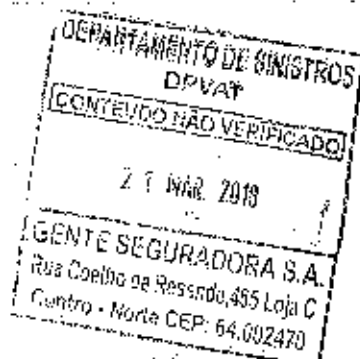
Sr. Francinilde Sousa Lobo, foi socorrido pela ambulância de Santa Cruz dos Milagres - PI, na zona rural desse município; Com fratura em M.I.E.; PA-130-80, e encaminhado para o hospital mais próximo deste município.

  
Fernanda Lima Santos  
Enfermeira  
COREN-PI 454.285

16/09/2017  
Data

Assinatura

Rua São Nicolau, S/N - CEP: 64.315-000 - CNPJ: 41.522.228/0001-29



# 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: 000000005352-3

---

Nr. da Autenticação 97CCBDFE6AF4C61F

**Eletrobras**  
Distribuição Fluminense

COMPANHIA FLUMINENSE DE ENERGIA S.A.  
R. Adalberto Vilário de Moraes, 221 - B. Urbano  
CEP: 64.360-000 - VALENÇA DO PIAUI

Nº da Nota Fiscal: 001154278

ELIENE MARIA DE SOUSA  
R. Adalberto Vilário de Moraes, 221 - B. Urbano  
CEP: 64.360-000 - VALENÇA DO PIAUI

ROT: 242.750-18.22.573200

Abast.	12585	Arquit.	26/10/2017
Agente	12544	Instal.	27/09/2017
Contribuição Multiplicadora	1,000	Reforma Lote	27/11/2017
Consumo Medido	41	Emissão	26/10/2017
Consumo Estimado	41	Arquitetado	26/10/2017

WOMIA

CONSUMO

SET/17	55	CONSUMO	30 A R\$ 0,213211 =	6,39
AGO/17	59		11 A R\$ 0,365518 =	4,02
JUL/17	64	CONTR. ILUMINACAO RUB: (COSIP)		3,04
JUN/17	75	DIFERENÇA DE TARIFA		15,03
MAI/17	83	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		14,24
ABR/17	81	CORREÇÃO MONETÁRIA 16/08/17-00		0,01
MAR/17	76	MULTA POR ATRASO 08/17-00		0,43
FEV/17	69	JUROS DE MORA DE IMPO 08/17-00		0,20
JAN/17	72	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,03	
DEZ/16	84	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	0,52	
TOTAL SEM TENDIDOS				
0 A 30	0,213211			
31 A 31	0,365518			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAC VERIFICADO

21 MAR. 2018

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

RESERVAÇÃO FISCAL: E10A.C610.11F3.C6A4.E04D.F58E.CD73.3598

Contribuição	6,89	Subvenção	
Força	13,07	Adicional	
Transmissão	2,85	Valor do KMS	0,24
Gerenciamento	2,08	Valor do PPS	1,11
Instalação	1,35	Valor do COSIP	

6,47 12,94 25,80 3,61 7,22 14,45 3,80  
0,00 0,00 0,00

DATA EMISSÃO: 26/10/2017



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI  
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.645.742/0001-27  
Site: www.agespisa.com.br  
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

# Fatura Mensal

1735348-3		Hidrometro		A07N881234		FEB/2018																																	
Nome do Cliente: <b>JOSE IVAN DE OLIVEIRA</b> Rua: <b>ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187</b> Vale: <b>VIADE</b> Valem: <b>64300000</b>																																							
Situação: <b>3/1</b>   Categorias de Uso: <b>1</b>   Inscricao: <b>113 2 07 0573 0171-000</b> 01/01/2018   08/02/2018   28																																							
Histórico da Consumo <table border="1"> <thead> <tr> <th>Data</th> <th>Consumo</th> <th>Valor</th> <th>Outro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>08/17</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>09/17</td><td>353</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>10/17</td><td>354</td><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>11/17</td><td>354</td><td>0</td><td>30</td></tr> <tr><td>12/17</td><td>354</td><td>0</td><td>30</td></tr> <tr><td>01/18</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>02/18</td><td>354</td><td>30</td><td>30</td></tr> </tbody> </table>				Data	Consumo	Valor	Outro	08/17	354	0	0	09/17	353	0	0	10/17	354	1	0	11/17	354	0	30	12/17	354	0	30	01/18	354	0	0	02/18	354	30	30	Espetro do Futuro <b>30-HIDROMETRO PARADO</b> Cód. Residencial: <b>916181790</b>   Cód. de Turma: <b>01</b> Densidade: <b>3</b>   Cód. Paga: <b>0</b>   Cód. Paga: <b>0</b> Consumo: <b>10</b>   Consumo: <b>10</b>			
Data	Consumo	Valor	Outro																																				
08/17	354	0	0																																				
09/17	353	0	0																																				
10/17	354	1	0																																				
11/17	354	0	30																																				
12/17	354	0	30																																				
01/18	354	0	0																																				
02/18	354	30	30																																				
Água: <b>26,91</b>																																							

26/01

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
27 MAR. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

Particular	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Particular	51	0.46	0.90	7.17	0.00	0.08	0.00	

PRECISE A QUALIDADE DA ÁGUA. LIGUE OS REDENTORIOS SISTEMÁTICAMENTE.

AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. SIGA 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR

AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

AGESPISA

Inscrição: **113 2 07 0573 0171-000** | AC= 67

Matricula: **1735348-3** | Recibo: **FEB/2018**

08/02/2018

82800000000-0 | 1910001821-8 | 73534830220-0 | 1800000001-8

### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTÔNIO DE SOUSA SILVA aqui

RG nº 834416 data de expedição 25/09/2004

Órgão SSPPR, portador do CPF nº 700.050.603-20, com

domicílio na cidade de TENSIMA no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Paula Henriqueta de Souza nº 1467

complemento ONSA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

\_\_\_\_\_  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima FRANCINALDO DE SOUZA NETO cujo o condutor era

FRANCIALDO DE SOUSA NUNO

Veículo: motocicleta / CE 195 Fan RS

Modelo: 2011

And: 5011

Placa: NIX-2494

Chassi: 9C4 J24 1108R +14V14

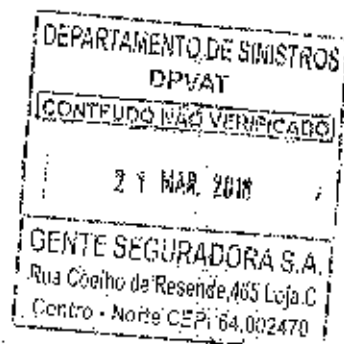
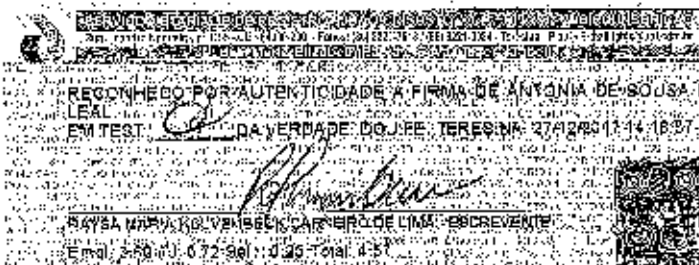
Data do Acidente: 16/09/2017

Local e Data: TERESINA DO PIAUÍ - PI 08/12/2017

XANTONIA DI SAUSA RUDOLPH

Assinatura do Declarante

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





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

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

## RECEITUÁRIO

Nome:

Francivaldo de Sousa Lima

Dr. Helder Antonio M. de Oliveira  
Médico  
CRM: 26000  
CPF: 491.260.133-72

Locutor vítima de acidente de trânsito (320), dia 16/09/2017, no exame: Trauma joelho (E) com fratura exposta de tíbia E, e umacoss pelo corpo, sendo submetido a tratamento cirúrgico, com alta do tratamento. 20/01/18, no momento apresenta atrofia do membro inferior E (perna), claudicação ao deambular e fragilidade ligamentar, com restrição da mobilização por aparelhos metálicos externos da perna E dia 25/06/18, apresentando redução da capacidade funcional de aproximadamente 30% no momento do exame.

Dr. Helder Antonio M. de Oliveira  
Médico  
CRM: 26000  
CPF: 491.260.133-72

Valença do Piauí-PI, 10/07/18

Assinatura  
26/4/18

Saúde é 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