

Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **EDILSON RAMOS DA PAZ**

Nº Sinistro: **3170604526**

Vitima: **EDILSON RAMOS DA PAZ**

Data do Acidente: **06/05/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170604526**.

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 11969109



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **EDILSON RAMOS DA PAZ**

Sinistro: **3170604526**
Vítima: **EDILSON RAMOS DA PAZ**
Data do Acidente: **06/05/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170604526** 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





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

DOCUMENTO 1 "T1%"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000027/2017-97

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Yuziane Da Silva Franco

Data/Hora: 12/01/2017 - 10:07

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ELESBÃO VELOSO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ELESBÃO VELOSO

Endereço

ESTRADA VICINAL DA LOCALIDADE CAMPINA VERDE, Nº:

Complemento

Data/Hora

06/05/2016 - 15:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EDILSON RAMOS DA PAZ

RG: 2270717 SSP PI

Mãe: TERESINHA DE JESUS RAMOS DA PAZ

Pai: ANTONIO LOPES DA PAZ

Endereço: RUA JOSÉ MARCELINO MORAES, Nº SN

Bairro: SANTA CLARA

Cidade: ELESBÃO VELOSO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/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. CG 125

2013 OEF1088 9C2JC4110DR709736

Vermelha

Condutor: EDILSON RAMOS DA PAZ

RG: 2270717 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA JOSÉ MARCELINO MORAES Número: SN Complemento:

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro: SANTA CLARA

Proprietário: EDILSON RAMOS DA PAZ

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: Bairro:

26 JAN 2017

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE, CIENTE DAS RESPONSABILIDADES CIVEIS E PENAS PELA INFORMAÇÃO PRESTADA, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS, QUE O DECLARANTE TRAFEGAVA PELA ESTRADA VICINAL DA LOCALIDADE CAMPINA VERDE, CONDUZINDO A MOTO DE PLACA OEF-1088; QUE PASSOU POR CIMA DE UMA PEDRA O QUE PROVOCOU O DESEQUILÍBRIO; QUE O DECLARANTE CAIU NO CHÃO, FRATURANDO O PUNHO DIREITO. FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA, ONDE FOI MEDICADO E LIBERADO PARA CASA; QUE O DECLARANTE ESTAVA SENTINDO MUITA DOR E, POR ISSO, SE DIRIGIU PARA O HOSPITAL PARTICULAR ANTONIO BONFIM ONDE FOI CONSTATADA A FRATURA NO PUNHO. APRESENTOU OS SEGUINTE DOCUMENTOS: FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E RELATÓRIO DA CLÍNICA ANTONIO BONFIM, ERA O QUE TINHA A DECLARAR.

Yuziane Da Silva Franco - Mat. 2867729
AGENTE DE POLÍCIA

Edilson Ramos da Paz
EDILSON RAMOS DA PAZ - Noticiante
Responsável pela Informação



Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Departamento Geral de Polícia Civil
Sistema de Boletim de Ocorrência

959 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000027/2017-97

Delegado de Polícia

26 JAN 2017

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12069305

A/C: EDILSON RAMOS DA PAZ

Nº Sinistro: 3170604526
Vítima: EDILSON RAMOS DA PAZ
Data do Acidente: 06/05/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

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: **EDILSON RAMOS DA PAZ**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000000788-9**

Conta: **000010018997-0**

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 dos punhos 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





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, Edilson Ramos da Paz
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.270.717 EXPEDIDO POR SSP - PI EM 11/06/2001 E
CPF 015679203-09 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO lavrador
E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edilson Ramos da Paz, 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 ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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 informações de código de segurança.

26 JAN 2017

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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0388-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 18.997-9

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.

Edilson Pi 24 de Janeiro de 2017
LOCAL E DATA

Edilson Ramos da Paz
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.

Ourocard
International

4001 6374 9595 1154

EDILSON RAMOS PAZ

0788-9 18.997-9

VISA
ELECTRON

Elaborado por: [illegible]

Central de Atendimento BB 4004 0001 (Capitais) - 0800 729 0001 (Demais localidades)

Assinatura Autorizada / Authorized Signature

BANCO DO BRASIL

Este cartão é emitido pelo Banco do Brasil S.A. Se encontrado, favor entregar em qualquer agência do Banco do Brasil, ou para o Banco do Brasil S.A. e obter o valor em dinheiro e ao Banco do Brasil S.A. sem ônus.

0800 729 0001 - Serviço para o Brasil (sem custo à cobrar)
1 800 007 1000 - Serviço para o exterior (sem custo à cobrar)
1 800 336 8888 - Atendimento (LIGAR) - sem custo à cobrar

SAC 0800 729 0001
Ouvidoria BB 0800 729 5878
Deixe sua Avaliação ou de Fala
0800 729 0001

PLUS

bb.com.br

26 JAN 2017



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar 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 ASI

CPF da vítima

Nome completo da vítima

015.679.223-09

Edilson Ramos da Paz

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Edilson Ramos da Paz

CPF titular da conta

015.679.223-09

Profissão

Lavador

Endereço

Rua José Marcelino de Moraes

Número

1162

Complemento

Santa Clara

Bairro

Santa Clara

Cidade

Elestão Veloso

Estado

Piauí

CEP

64.325-000

E-mail

Recusou-se

Telefone (DDD)

(86)99473-5003

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

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☒ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

AGÊNCIA

Nº

0788

(Informar dígito se existir)

DV

9

CONTA

Nº

18.997

(Informar dígito se existir)

DV

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora 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.

Elestão Veloso Os de novembro de 2017

Local e Data

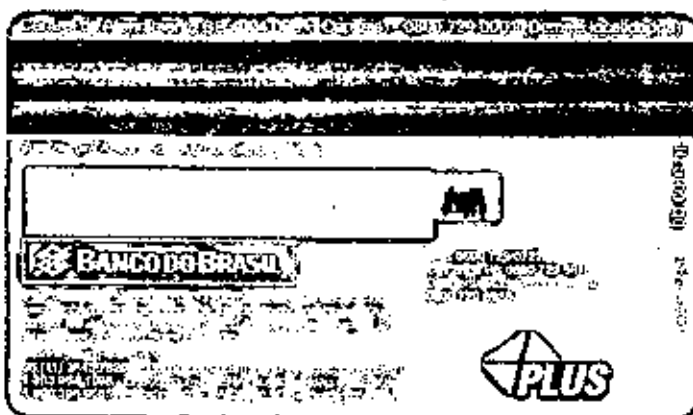
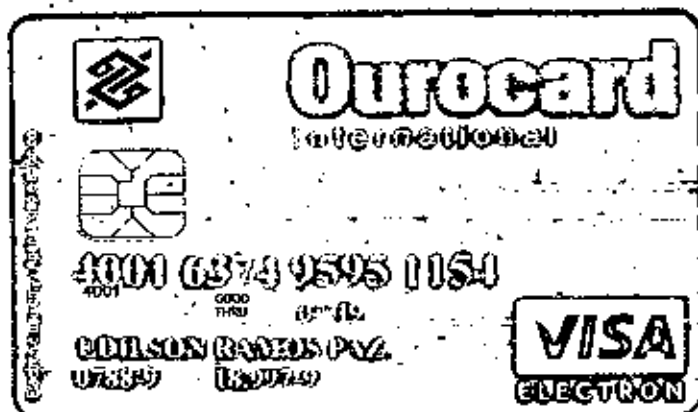
PJ CORRETORA DE SEGUROS

08 NOV 2017

DPVAT

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

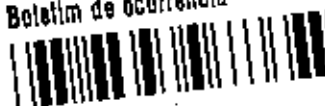
CLIENTE: EDILSON RAMOS DA PAZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00788-9

CONTA: 000010018997-0

Nr. da Autenticação 3B85FACE5BA51790



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000027/2017-97

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Yuziane Da Silva Franco

Data/Hora: 12/01/2017 - 10:07

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ELESBÃO VELOSO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ELESBÃO VELOSO

Endereço

ESTRADA VICINAL DA LOCALIDADE CAMPINA VERDE, Nº:

Complemento

Data/Hora

08/05/2016 - 15:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EDILSON RAMOS DA PAZ

RG: 2270717 SSP PI

Mãe: TERESINHA DE JESUS RAMOS DA PAZ

Pai: ANTONIO LOPES DA PAZ

Endereço: RUA JOSÉ MARCELINO MORAES, Nº SN

Bairro: SANTA CLARA

Cidade: ELESBÃO VELOSO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

08 NOV 2017

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 125

Ano: Placa: Chassi:

2013 OEF1088 9C2JC4110DR709736

Renavam:

Cor:

Vermelha

Condutor: EDILSON RAMOS DA PAZ

RG: 2270717 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA JOSÉ MARCELINO MORAES Número: SN Complemento:

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro: SANTA CLARA

Proprietário: EDILSON RAMOS DA PAZ

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE, CIENTE DAS RESPONSABILIDADES CIVEIS E PENAIS PELA INFORMAÇÃO PRESTADA, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR, QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS. QUE O DECLARANTE TRAFEGAVA PELA ESTRADA VICINAL DA LOCALIDADE CAMPINA VERDE, CONDUZINDO A MOTO DE PLACA OEF-1088; QUE PASSOU POR CIMA DE UMA PEDRA O QUE PROVOCOU O DESEQUILÍBRIO; QUE O DECLARANTE CAIU NO CHÃO, FRATURANDO O PUNHO DIREITO. FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA, ONDE FOI MEDICADO E LIBERADO PARA CASA; QUE O DECLARANTE ESTAVA SENTINDO MUITA DOR E, POR ISSO, SE DIRIGIU PARA O HOSPITAL PARTICULAR ANTONIO BONFIM ONDE FOI CONSTATADA A FRATURA NO PUNHO. APRESENTOU OS SEGUINTE DOCUMENTOS: FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E RELATÓRIO DA CLÍNICA ANTONIO BONFIM. ERA O QUE TINHA A DECLARAR.

Yuziane Da Silva Franco - Mat. 2867729
AGENTE DE POLÍCIA

Edilson Ramos da Paz
EDILSON RAMOS DA PAZ - Notificante
Responsável pela Informação



Estado do Piauí
Polícia Segurança Pública
Departamento Geral de Polícia Civil
Sistema de Boletim de Ocorrência

959 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000027/2017-97

Delegado de Polícia



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Edilson Ramos da Paz, portador da carteira de identidade nº 2.270.717 e inscrito no CPF/MF sob o nº 015.679.223-09, residente e domiciliado na Rua Marcelino de Moraes 1162 B-Santa Clara Cidade Eletrão Veloso, 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.

DOCUMENTO 3 *T3*



Edilson Ramos da Paz

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

26 JAN 2017

Eletrão Veloso, Pi. 24.01.2017

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Edilson Ramos da Paz, portador da carteira de identidade nº 2.230.717 e inscrito no CPF/MF sob o nº 015.639.223-09, residente e domiciliado na Rua José Marcelino de Moura 1162 Sta Clara Cidade Elebuá Veloso 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 extensão do grau do 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.

Edilson Ramos da Paz

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Elebuá Veloso - Pi. 01.11.2017

Local e data





FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO SOCORRO

NOME DO PACIENTE:		IDADE	
ENDEREÇO:		CIDADE	UF
CPF:	RG:		
NOME DO PAI:			
NOME DA MÃE:			
DADOS CLÍNICOS Paciente vítima de acidente de moto apresentando dor intensa em pulso direito. Rx pulso → Fratura impactada do terço distal do Rádio.			
DIAGNÓSTICO Acidente motociclistico + Fratura de Rádio			
DATA		ASS. CARIMBO DO MÉDICO	
06/05/16		Dr Aquilino Marques CRM/PI 4499 26 JAN 2017 Dr Aquilino Marques MÉDICO CRM 4499/PI/CRM 7062-MA	

CONFERE COM A ORIGINAL

EM, 05/01/17

Dr. Manoel Conceição
DEPTº. Pessoal - H. E. N. M.

Ats bee

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO SOCORRO

NOME DO PACIENTE:		IDADE	
ENDEREÇO:		CIDADE	UF
CPF:	RG:		
NOME DO PAI:		Comprovação de ato declaratório	
NOME DA MÃE:			
DADOS CLÍNICOS Paciente vítima de acidente de moto apresentando dor intensa em pulso direito. Rx pulso → Fratura impactada do terço distal do Rádio.			
DIAGNÓSTICO Acidente motociclistico + Fratura de Rádio			
DATA 06/05/17		Dr Aquilino Marques CRM PI 4499 ASS. CARIMBO DO MÉDICO	

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

08 NOV 2017

DPVAT

CONFERE COM A ORIGINAL

EM 05/05/17

Dr Aquilino Marques

MÉDICO

CRM 4499 - PI CRM 7052-MA

DEPTº. Pessoal - H. E. N. M.

CNPJ - 06.553.564/0012-90

Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro • Fone: (86) 3285-1133 • Elesbão Veloso - PI

Nome: EDILSON RAMOS DA PAZ

Requisitante: .

Data: 06/05/2016

Nº: 44027

EXAME: RX PUNHO DIREITO (02 INC)

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Fratura impactada do terço distal do rádio.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Aumento de volume das partes moles.

Documentação médico - hospitalar



PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO

CRM: 3255

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



EDILSON RAMOS DA SILVA
Data de aquis.: 05/2015
Sexo: Masculino
Idade: 39 Anos

EDILSON RAMOS DA SILVA
Data de aquis.: 05/2015
Sexo: Masculino
Idade: 39 Anos

EDILSON RAMOS DA SILVA
Data de aquis.: 05/2015
Sexo: Masculino
Idade: 39 Anos

Dir.

Exame: PUNHO
Indicador: 3430NIO BONFIM VALENÇA - P1

Exame: PUNHO
Indicador: 3430NIO BONFIM VALENÇA - P1

Exame: PUNHO
Indicador: 3430NIO BONFIM VALENÇA - P1



**CLÍNICA
MACHADO**

Dr. Edimar

RELATÓRIO MÉDICO

Declaramos que EAILSON RAULOS DA PAZ, foi vítima de acidente de trânsito foto ocorrido em 06.05.16 às 15:30 hs, tendo sofrido forte trauma em M.D., causando com fratura na porção distal do rádio, onde foi tratado cirurgicamente, através de osteossíntese: placas, parafusos e fios de Kirsch, com fechamento com fixação por placa, resultando fortes dores limitação dos movimentos com sensação de ecartamento do membro comprometido, com alta definitiva, com comprometimento funcional de 90%.

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Edimar Machado da Silva
10.10.17

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
9903-0929/9532-198718827-3736



Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edilson Ramos da PazRG nº 2.270.717, data de expedição 11/06/2001, Órgão SSP-PI

CPF nº 015.679.223-09, venho perante a este instrumento declarar que não 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 José Marcelino de Moura</u>
Número	<u>3162</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>Santa Clara</u>
Cidade	<u>Esseboá Veloso Piauí</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.325.000</u>
Telefone de Contato	<u>(86)99981-6008 33402-2764</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

26 JAN 2017

Local e Data: Esseboá - Pi 25.01.2017Assinatura do Declarante: Edilson Ramos da Paz

MATRICULA		Hidrometro		Referência	
307525-7		A08F018765		JUN/2016	
Nome/Razão Social/Endereço EDILSON RAMOS DA PAZ RUA JOSE MARCELINO DE MORAIS, 1162 SANTA CLARA LILSBAO VELOSO 64325000					
Situação 3/1					
Categorias de Uso Res. 1					
Inscrição 36 1 06 0649 0119-000					
12/05/2016		13/06/2016		32	
Histórico de Consumo					
Mes/Ano	Letra	Consumo	Descr.		
12/15	984	2	0		
01/16	985	1	0		
02/16	986	1	0		
03/16	986	0	0		
04/16	986	0	0		
05/16	986	0	0		
06/16	986	0	0		
Forma de Faturamento FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGAÇÃO					
Cód. Responsável				Código de Tarifa	
910597901				01	
Consumo Médio		Consumo Água		Consumo Esgoto	
0		0		0	
Consumo		Consumo Faturado			
0		10			
Cód. Nome do Serviço AGUA MANUTENCAO HIDROMETRO					
Valor (R\$) 23,41 0,68					

20/06/2016

20/06/2016

24,09

24,09

PAGUE ATE O VENCIMENTO, EVITE COBRANCA DE MULTA/JUROS MORA.
GETA MESARIO VOLUNTARIO - ACESSO: www.tre-pi.jus.br/eleitor/
mesario-voluntario/mesario-voluntario

Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	pH	Ferro	Cálculo	Esteriliza Coll
Valor Máximo Permitido	5,0	15	2,0	8,0 a 9,0	0,3	Atenção	Atenção
NR Mínimo de Amostras Exigidas							
NR Amostras Realizadas							
NR Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio	0,37	0,19	0,77	7,80	0,00	0,00	0,00

Conservação: PRESEÇA A QUALIDADE DA ÁGUA E DO RESERVA TÍPOLOGO SEMESTRALMENTE

Mensagem

26 JAN 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Adriana Carla de Sousa Silva

RG nº 1.651.371, data de expedição 12/12/95, Órgão SSP-PI

CPF nº 849.394.433-53, venho perante a este instrumento declarar que não 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 Sete de Setembro</u>	
Número	<u>244</u>	
Apto / Complemento	<u>---</u>	
Bairro	<u>Centro</u>	
Cidade	<u>Elestão Veloso</u>	
Estado	<u>Picau</u>	
CEP	<u>64.325-000</u>	
Telefone de Contato	<u>(86) 99402-2764</u>	<u>9981-6008</u>
E-mail	<u>---</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

26 JAN 2017

Local e Data: Elestão Veloso, Pi 24.01.2017

Assinatura do Declarante: Adriana Carla de Sousa Silva

5F4 C0P1G0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO MARANHÃO
Av. Maranhão, 759 - Centro - São Luís - MA
Cep: 65.000-700/0001-11 Fone: (081) 301.383-2
Nossa Filial / Conta de Energia Elétrica - Setor R-1
Avenida Brasil, 1000 - Centro - São Luís - MA

Nº da Nota Fiscal 400574604

A Tariffs Social de Energia Electrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430 de 25 de Abril de 2002.

[illegible]

MARIA CARMELITA DE SOUSA CASA DA MORENA
R. SETE DE SETEMBRO 244 B-URBANO
CPF: 00034103-936368
CPF: 00 325-200-1 TELEFONO: 46050

NOT: 234,599.10.20.051388

DADOS DO CANDIDATO		DADOS DO COTULADO	
Atual:	10454	Atual:	14/11/2016
Anterior:	10279	Anterior:	14/10/2016
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	16/12/2016
Consumo Medido:	175	Emissão:	14/11/2016
Consumo Estimado:	175	Aprovação:	14/11/2016

[illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

[illegible]

Mês	Ano	Consumo	Consumo	175 A R\$	0,583751 "	102,15
OUT/16	171	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)				9,43
SET/16	173	CORRECAO MONETARIA IC 09/16-00				0,08
AGO/16	177	MULTA POR ATRASO 09/16-00				1,99
JUL/16	133	JUROS DE MORA DE IMPO 09/16-00				0,59
JUN/16	139	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA			1,26	
MAI/16	170					
ABR/16	201					
MAR/16	136					
FEV/16	146					
JAN/16	188					

TARIFA SEM TRIBUTOS:
 0,4 175 - 0,648772

1. <i>What is the purpose of the study?</i> 2. <i>What are the research objectives?</i> 3. <i>What is the research design?</i> 4. <i>What are the variables?</i> 5. <i>What are the hypotheses?</i> 6. <i>What are the methods?</i> 7. <i>What are the results?</i> 8. <i>What are the conclusions?</i> 9. <i>What are the limitations?</i> 10. <i>What are the implications?</i>	1. <i>What is the purpose of the study?</i> 2. <i>What are the research objectives?</i> 3. <i>What is the research design?</i> 4. <i>What are the variables?</i> 5. <i>What are the hypotheses?</i> 6. <i>What are the methods?</i> 7. <i>What are the results?</i> 8. <i>What are the conclusions?</i> 9. <i>What are the limitations?</i> 10. <i>What are the implications?</i>
---	---

RECEIVED

100

11-11-11

12

(continued)

(continued)

RESERVED FOR FISCAL C797 DBB0 48F0 13B5 0887 128F 50 C3 3AE2

Estado de Santa Fe	102,52	102,52
Estado de C��lora	102,15	102,15

Alíquota ICMS: 7%	20,00%
Valor do ICMS:	20,43

Encargos:	10,89	Valor do PIS:	0,55
		Valor do COFINS:	1,63

23/51
INFORMATION CONTINUED

[illegible][illegible]

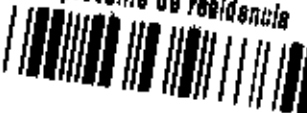
Other	10.00	8.00
-------	-------	------

Form 1041 U.S. Income Tax Return for Estates and Trusts OMB No. 1545-0047 2009	Part III Other information See instructions	Part IV Preparer's information See instructions	Part V Other information See instructions
--	---	---	---

Fatura Mensal

Medição 307525-7		Matrômetro A03E03A765		Data JUN/2016	
Nome/Razão Social/Endereço EDUI SON RAMOS DA PAZ RUA JOSE MARCELINO DE MORAIS, 1162 SANTA CLARA ELFESBAO VELOSO 64325000 AG= 1618					
Situação Ativa/Excluída	Ass. 1	Categoria de Uso Com.	Ind.	Pub.	Inscrição 36 1 06 0649 0110-0X10
Data de Início 12/05/2016		Data de Fim 13/06/2016		32	
Histórico de Consumo			Forma de Faturamento		
Mês/Ano	Consumo	Quota	FATURADO P/ HINIMO DA LIGACAO		
11/15	984	0	Cód. Responsável 910507901		
01/16	985	0	Código de Tarifa 01		
02/16	986	0	Consumo M-Hilo 0		
03/16	986	0	Consumo M-Hilo 0		
04/16	986	0	Consumo M-Hilo 0		
05/16	986	0	Consumo M-Hilo 0		
06/16	986	0	Consumo M-Hilo 0		
Cód. Nome do Serviço			Valor (R\$)		
AGUA			23,41		
MANUTENCAO HIDROMETRO			0,63		

Comprovante de residência



PAGAMENTO 20/06/2016 **PAGAMENTO** 24,09

PARA ATE O VENCIMENTO, EVITE CORRANCA DE MULTA/JUROS MORA
SEJA MEMBRO VOLUNTARIO - ACESSO WWW.TRE-PI.GOV.BR/eleitor/
número-voluntario/membro-voluntario

Parâmetros	Turbidez	Clor	PH	Ferro	Cál.Totais	Escherichia Col
Valor Máximo Permissível	5,0	15	8,4	0,5	0,5	Automa
NR Mínimo de Amostras Exatidas						Automa
NR Amostras Realizadas						
NR Amostras que Atende Legislação						
Valor Médio	0,57	0,10	0,77	7,80	0,00	0,00

Condição: EXCELENTE A QUALIDADE DA AGUA, LANE OS RESERVATÓRIOS SEMPRE ALIMENTE
Mantagens

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**
08 NOV 2017
DPVAT

TIM Celular S.A.
Av. Frei Serafim, 1989 - Sala 6
Centro - Teresina - PI
CNPJ: 04.206.050/0001-84 - I.E.: 19.455.632-8
CNPJ da Matriz: 04.206.050/0001-80



R\$ 133,67

VENCIMENTO

25/09/2017

EMIÇÃO: 07/09/2017

POSTAGEM: 14/09/2017

NÚMERO: 3193363640

DÉBITO AUTOMÁTICO: 0000009102056429012

CPF/CNPJ: 84939443353

CLIENTE: 151688701

ACESSO: 86 99981-6008



CTCE FORTALEZA CE PLB
ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
R 7 DE SETEMBRO 244 CS
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI



7214049718 18408 00000009621 30 140817

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o dígito 9 à frente dos números celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9XXXX-XXXX. Mais informações em www.tim.com.br/nanodigito.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/09/14-06/10/17

SERVIÇOS	VALOR
MENSALIDADES	R\$ 109,90
MENSALIDADES ADICIONAIS	R\$ 9,80
ITENS EVENTUAIS	R\$ 0,00
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 9,84
CHAMADAS FORA DA REDE TIM	R\$ 0,75
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ -3,16
COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 6,54

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99981-6008

MENSALIDADES

Todas as mensalidades das ofertas dos seus planos

Oferta TIM Pós A Plus (087/PÓS/SMP)

4 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

TIM Backup 30GB (Incluso)

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	31	07/08 a 06/09	75,20
4GB	1,87GB	1	31	07/08 a 06/09	Incluído
Pacote	159m05s	1	31	07/08 a 06/09	Incluído
-	-	1	31	07/08 a 06/09	13,90

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada online, com toda a comodidade e segurança. Consulte gráficos de consumo e muito mais! Sempre que desejar acesse meutim.com.br. Central de Atendimento: 1056

CONTA ONLINE TIM

Mude agora mesmo para a Conta Online TIM. Ela é prática e segura e só você consulta através do Meu TIM. Você receberá notificações quando sua conta estiver disponível e próxima à data de vencimento.

IMPOSTO TIM	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUJST: R\$ 0,63	FUNTEL: R\$ 0,41
ICMS	25%	R\$ 91,49	R\$ 22,87		
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%	R\$ 99,37	R\$ 3,60		
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	0,25%	R\$ 34,70	R\$ 0,21		
PIS/COFINS - Total		R\$ 100,39	R\$ 0,57		

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições do FUJST (0,5%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas ao cliente

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

08 NOV 2017

DPVAT

TIM

Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado nesta boleto. Para mais informações, acesse a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
0000009102056429012

MÊS DE REFERÊNCIA
SET/2017

DATA DE EMISSÃO
07/09/2017

DATA DE VENCIMENTO
25/09/2017

VALOR
R\$ 133,67

VIA BANCO

84650000001-9

33670109011-8

00519336364-9

00102056429-8

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



20170927 TIM PJ SP 15 EP 1258 ADP/9
PJL EMP TIM AUDIT 71826111 PAG CLIENTE 15 PAG SP001 431262496



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP* 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.

* 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 Adriana Carla de Sousa Silva, portador(a) do RG nº 1.651.371, expedido por SSP-P1, em 12/12/195, CPF/CNPJ nº 849.394.433-53,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Edilson Ramos da Paz do sinistro de DPVAT da natureza Invalides da vítima Edilson Ramos da Paz, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa-se Renda Mensal: R\$ Recusa-se

Documentos comprobatórios: Recusa-se

Adriana Carla de Sousa Silva
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

26 JAN 2017

Nome: EDILSON RAMOS DA PAZ

Requisitante: .

Data: 06/05/2016

Nº: 44027

EXAME: RX PUNHO DIREITO (02 INC)

RELATÓRIO

DOCUMENTO 4 "T496"



- Textura óssea preservada.
- Fratura impactada do terço distal do rádio.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Aumento de volume das partes moles.

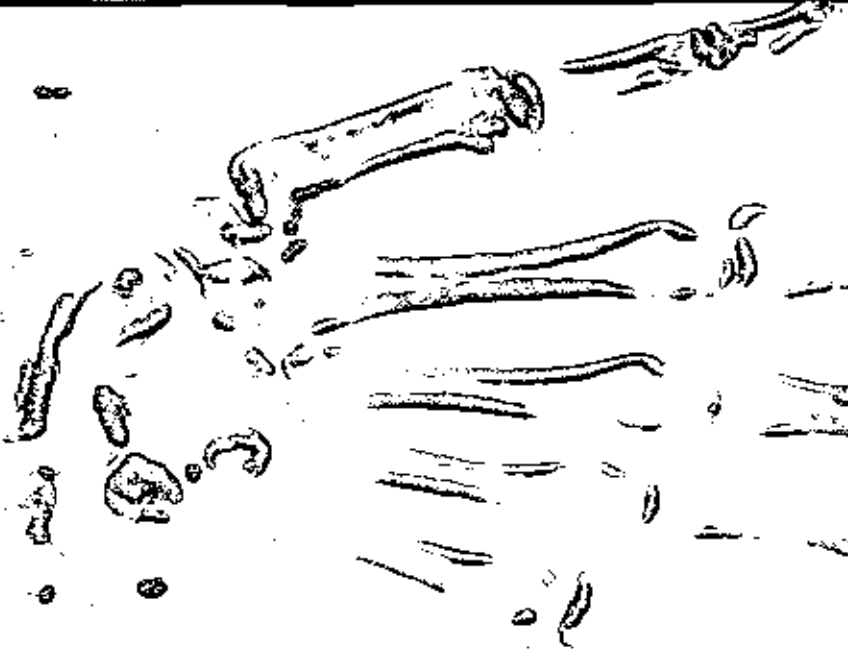
PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO

CRM: 32.55

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

26 JAN 2017

EDILSON RAMOS DA PAZ
Sexo: Masculino
Idade: 39 Anos
Data de aquis: 6/5/2016
Hora de aquis: 08:24:34



Dir.

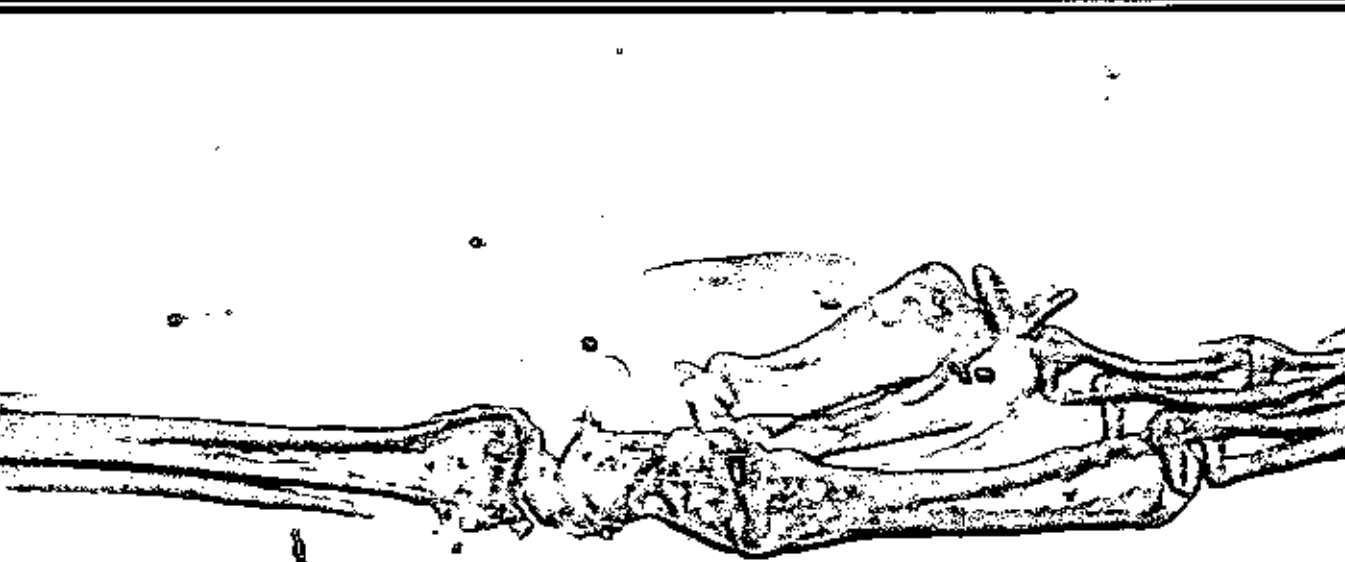
Exame: PUNHO
Indice de exp: 34850 NIO BOM-FIM VALENÇA - PI

EDILSON RAMOS DA PAZ
Sexo: Masculino
Idade: 39 Anos
Data de aquis: 6/5/2016
Hora de aquis: 08:25:32



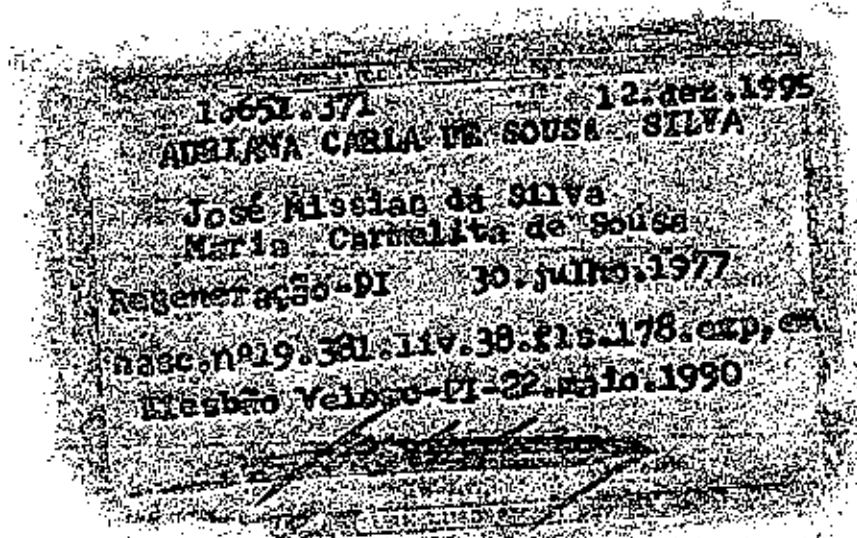
Exame: PUNHO
Indice de exp: 34850 NIO BOM-FIM VALENÇA - PI

EDILSON RAMOS DA PAZ
Sexo: Masculino
Idade: 39 Anos
Data de aquis: 6/5/2016
Hora de aquis: 08:26:46



Exame: PUNHO
Indice de exp: 33850 NIO BOM-FIM VALENÇA - PI

Etiqueta Tipo 296



26 JAN 2017



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **849.394.433-53**

Nome da Pessoa Física: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Data de Nascimento: **30/07/1977**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/06/1998**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:29:17** do dia **05/01/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **A0C4.E029.4077.09AC**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)

26 JAN 2017

Etiqueta Tipo 19%



*Documento não
for assinado
então aqui*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
EDILSON RAMOS DA PAZ

DOC. IDENTIFICACAO. GABINETE
2270717 582 PT

CPF
015.879.223-09

DATA DE NASCIMENTO
16/09/1976

FOTO

NOME
ANTONIO LOPEZ DA PAZ

FUNDADA
FUNDADA DE JESUS

RAMOS DA PAZ

PROFISSAO
CONDOMINIO

SEX
MASCULINO

CATEGORIA
A

REGISTRO
06495708809

VALIDADE
18/05/2020

PRORRATIA
03/11/2015

RESERVAÇÃO

EDILSON RAMOS DA PAZ

LOCAL
RESENDA VELADO

DATA DE EMISSAO
24/11/2016

55404680020
PI318020467

DETRAN - PORTAUL

20 FEB 2017

Finalized

Documentos de identificacao



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

08 NOV 2017

DPVAT



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

27066

00020-PL

৯১৫



Edilson Rumes da Paz

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Name Elizabeth Ramirez DOB 4-2-67
Loc. Name Estacion 11000 Est. 42 Date July 19, 2001
Filed to San Antonio 405
Case Director Donald E. Williams 405
Doc. N° MO5514-01 AK 405 405

ESTRANGEMENTS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N.º
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 26/06/01 DRT

Assinatura do Funcionário
Antonio Alves dos Reis

Nonu
Doc.
Nonu
Doc.
Nonu
Duc.
Est. C
Doc.
Est. C
Doc.
Nasu
Doc.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

08 NOV 2017

DPVAT

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS



Adriana Carla de Sousa Silva
1357344

ANTHROPOMÉTRICA
CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.651.371 DATA DE EMISSÃO 11/04/17

NOME ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PLACAO MARIA CARMELITA DE SOUSA
JOSE MISSIAS DA SILVA

NATURALIDADE REGENERAÇÃO-PI DATA DE NASCIMENTO 30/07/1977

DOC. ORDEM CERT. NASC. 19381 L. A38 F. 178
EXP ELESBAO VELOSO-PI 22/05/90
849.394.433-53
1357344

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.119 DE 20/06/93 - DECRETO Nº 88.260/93

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

08 NOV 2017

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170604526 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON RAMOS DA PAZ **Data do acidente:** 06/05/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de rádio direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir, prever ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170604526

Cidade: Elesbão Veloso

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDILSON RAMOS DA PAZ

Data do acidente: 06/05/2016

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO DIREITO (FRATURA IMPACTADA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO).

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/11/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Edilson Ramos da Paz BRASILEIRO (a) ESTADO
 CIVIL Solteiro PROFISSÃO avulso CI RGN. nº 2.270.737 CPF/ MF
 Nº 15.679.223-09 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
 RUA José Marcelino de Moura 1462 B. St. Clara
 CIDADE DE Elesbão Veloso - Piau
 ESTADO Piau CEP 64.325-000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF N° 849.394.433-53 E RG SOB
 Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº 244 BAIRRO
 CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
 documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
 acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
 acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
 a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susap.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
 apresentados e disponibilizados ao outorgado.

26 JAN 2017

Elesbão Veloso - Piau 13 de Janeiro de 2017



Edilson Ramos da Paz

OUTORGANTE

Comarca de Elesbão Veloso
 Cartório do 2º Ofício
 (86) 3285-1407



Reconheço verdadeira a Firma Supra
Edilson Ramos
da Paz

13 de Janeiro de 2017

Maria de Lourdes Leal Sousa
 Escrevente Comprovisada
 Cartório 2º Ofício
 Flesbão Veloso - PI

Procuração



PROCURAÇÃO

ASL-0039225/17
OUTORGANTE: Edilson Ramos da Paz BRASILEIRO (R) ESTADO
CIVIL Solteiro PROFISSÃO Quilombo MTRGN. Nº 230333 CPF/ME
Nº 15.639.223/009 RESIDENTE E DOMICILIADO em 08/11/2017 11:15:02
RUA Jose Marcelino de Moraes 1162 Rua Esclara
CIDADE DE Elesbaõ Veloso Piauí
ESTADO Piauí CEP 184.325-000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 849.394.433-53 E RG SOB
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CTO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Suscep.

É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

26 JAN 2017

ASL-0039225/17
OUTORGANTE: Edilson Ramos da Paz 08/11/2017 11:15:02
Cidade Elesbaõ Veloso Piauí 13 de 2017
OUTORGADO: Adriana Carla de Sousa Silva 08/11/2017 11:15:02

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
08 NOV 2017

ASL-0039225/17
OUTORGANTE: Edilson Ramos da Paz 08/11/2017 11:15:02
Cidade Elesbaõ Veloso Piauí 13 de 2017
OUTORGADO: Adriana Carla de Sousa Silva 08/11/2017 11:15:02

2º OFÍCIO

OUTORGANTE: Edilson Ramos da Paz 08/11/2017 11:15:02
Cidade Elesbaõ Veloso Piauí 13 de 2017
OUTORGADO: Adriana Carla de Sousa Silva 08/11/2017 11:15:02



Maria de Lurdes Leal Sousa
Escritora Compromissada
Cartório 2º Ofício
Elesbaõ Veloso - 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

Nome do(a) Examinado(a): **EDILSON RAMOS DA PAZ** Sinistro: **3170604526** Data: **06/05/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOSE MARCELINO DE MORAIS, 1162 - SANTA CLARA - Elesbão Veloso - PI - CEP 64325-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2270717**

Data local do exame: [**28/11/2017**] **Teresina** [**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 DO PUNHO DIREITO (FRATURA IMPACTADA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO). AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

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.
TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

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

Limitação funcional do punho direito

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

() "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):

Punho direito

% 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

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.


Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

DETTRAN - PI Nº 011464343050

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RAT. T.R.C.	EXERCÍCIO

NOME

REILSON RIMOS DA PAZ

CPF / CNPJ

11464343050

PLACA

CEB-1040

PLACA ANT./UF

GRASSI

ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL

MARCA / MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

CAP. / POT. / cil

CATEGORIA

COR. PREDOMINANTE

COTA ÚNICA

VENO. COTA ÚNICA

VENO. / COTAS

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

RESTRICÇÕES

OBSERVAÇÕES

LOCAL

DATA

PI Nº 011464343050 BILHETE DE SEGURO PRIVA

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DFPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2012		01/08/2012	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	00.000.000/000	0000-0000	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
005000000000		VOLVO/OC 125, CAM 125	
ANO FAB.	DEL. INSC.	Nº CHASSI	
2012	00	0000001100000000	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
000,00	000,00	000,00	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGADO PELO SEGURO (R\$)	
000,00	000,00	000,00	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	01/08/2012	

SEGURO LIDER - DPVAT

CONFIDENTIAL

www.getintocloud.com.br

OUT



**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

08 NOV 2017

DPVAT