

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE**

Nº Sinistro: **3180263216**

Vitima: **CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE**

Data do Acidente: **16/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180263216**.

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 12943456



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Cordeiro Crispim de Anshade
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: casado
Identidade: 842649
CPF: 446.232.913-91
Profissão: Escriturário
Endereço: Rua Alencar Vieira 2590 P.I.
CEP: 64.078.660
Telefone: ()

OUTORGADO:

Nome: Pelle Roge Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 840.173.173-91
Profissão: Recusante
Endereço: Rua Du de Janeiro 544 - Curitiba
CEP: 64.000.235
Telefone: ()



Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Cordeiro Crispim de Anshade.

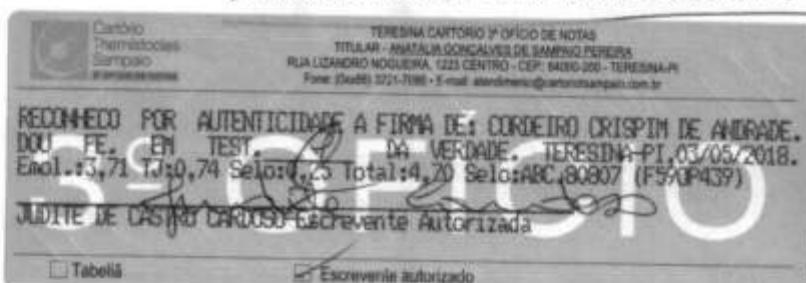
Terezina Cartório

Local e data

Cordeiro Crispim de Anshade

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Cartório de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escrevente Autorizada
Terezina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013030016462
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 01023946181 EXERCÍCIO 2017

MARCOS FELIPE SOARES DE ANDRADE

PLACA PIE-2628

CHASSI 9C2KD0550ER347054

COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS

ANO FAB 2014

ANO MOD 2014

COR PREDOMINANTE PRETA

CATEGORIA PARTICU

VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA

VENC. COTA ÚNICA 2º PAGO

VENC. COTA ÚNICA 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 100,00

IOF (R\$) 000,00

PRÊMIO TOTAL (R\$) 100,00

DATA DE PAGAMENTO 28/08/2017

TERESINA

LOCAL 30/08/2017

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS

TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ALMEIDA

RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI

CPF: 00000 3221-3643 / 3221-6788 - E-mail: cartorio6@teresianopibm.com.br

CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL

EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE/EN/TEST. DA VERDADE.

TERESINA-PI, 22/03/2018.

ALDENORA ALVES DE OLIVEIRA - ESCRIVENTE COM HABILITAÇÃO

Encl.: 2,39 Tj: 0,48 Selo: 0,25 Total: 3,12 Selo: ABK.29710

(F450P380)

45/15329022032018/330

Selo de Fiscalização e Autenticação

ABK 29710

Ofício de Notas - Ofício de Notas

Ofício de Notas - Ofício de Notas

Ofício de Notas - Ofício de Notas

Ofício de Notas - Ofício de Notas

Ofício de Notas - Ofício de Notas

Ofício de Notas - Ofício de Notas

Ofício de Notas - Ofício de Notas

Ofício de Notas - Ofício de Notas

Ofício de Notas - Ofício de Notas

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DO POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013030016462 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 30/08/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 05232174398 PLACA PIE-2628

RENAVAM 01023946181 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2014 CAT. TAB 09 Nº CHASSI 9C2KD0550ER347054

PRÊMIO TARIFÁRIO 000,00 (R\$)

IOF (R\$) 000,00

PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00

DATA DE QUITAÇÃO 28/08/2017

TERESINA

LOCAL 30/08/2017

TERESINA

LOCAL 30/08/2017

TERESINA

LOCAL 30/08/2017

TERESINA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR DIREITO



0476283

NELLE ROZE SOARES MARQUES
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 MAIO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
12 - Noroeste - CEP 64.000-000

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Registro
Obrigatório

4.119.262

DATA DE
Emissão

23/09/14

NOME

NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO

CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTÔNIO SOARES JUCUNDE

DATA DE NASCIMENTO

22/05/1971

CRATEUS-CE

CEP. NASC. 529 1 000 141

CEP. CRATEUS-CE 25.090-000

840.173.173-91

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 80.250/83

PACIENTE: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE

DN: 28/02/1967

DATA DO EXAME: 16/02/2018

MEDICO SOLICITANTE: TERCIO DANTAS MOURA CRM: PI - 3824

RX DO OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito realizado nas incidências AP/P

Os seguintes aspectos foram observados:

- Redução difusa da densidade mineral óssea.
- Fratura completa, desalinhada, na clavícula direita.
- Luxação glenoumeral anterior.
- Aumento do volume das partes moles do ombro.



Dr. Edward Mont Alverne Filho
RADIOLOGISTA
CRM - PI 2738

17 577 205/0015-32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III - 64082-110

140718





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-Pi

Sr(a). CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE

Nome:

LAUDO MÉDICO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTA FRATURA
DE CLAVICULA DIREITA E ARCOS COSTAIS à DIREITA. PACIENTE
REALIZOU CIRURGIA PARA FRATURA EM CLAVICULA E NECESSITARÁ
DE 60 DIAS PARA RECUPERAÇÃO.

CID : S420



Teresina 26 de Fevereiro de 2018

Data ____/____/____

Dr. Tércio Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-Pi: 3824

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900
Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI



Nome: _____

*** LAUDO RADIOLOGICO ***

SERVER

W/L: 4184 2256
ZOOM: 86.99%
No IMGS: 1
IMG. ATUAL: 1
AQUIS: 1

No. Atend: 258331 Data: 16/02/2018

Paciente: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE

Solicitante: DR NEOMAR SOARES DA SILVA

Convênio: UNIMED

Exame: 0190-RX OMBRO DIREITO

CONCLUSÃO:

FRATURA COMPLETA RECENTE DESALINHADA NA DIAFISE DA CLAVICULA

THICK
MATRIZ: 2510 x3026
FOV: 421 mm x 275 mm
W/L: 4150 2095
ZOOM: 86.99%
No IMGS: 1
IMG. ATUAL: 1
AQUIS: 1

Teresina(PI), 26 de Fevereiro de 2018



Data ____/____/____

Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada

V:
AS:
RX-1

THICK
MATRIZ: 2510 x3026
FOV: 421 mm x 275 mm



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI



Nome: _____

*** LAUDO RADIOLOGICO ***

No. Atend: 258490 Data: 20/02/2018

Paciente: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE

Solicitante: DR FREDERICO SOARES LEMOS MARTINS

Convênio: UNIMED

Exame: 0217-RX TORAX

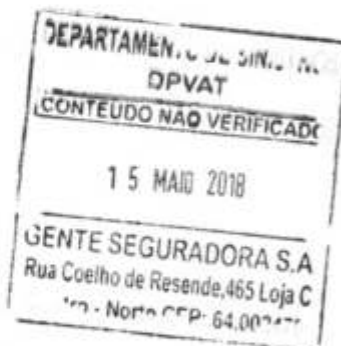
CONCLUSÃO:

FRATURA COMPLETA RECENTE NO 2º ARCO COSTAL DIREITO
COM PEQUENO DESVIO
FRATURA ALINHADA NA DIAFISE DA CLAVICULA
PRESENÇA DE PLACA E PARAFUSOS METALICOS

Teresina(PI), 26 de Fevereiro de 2018

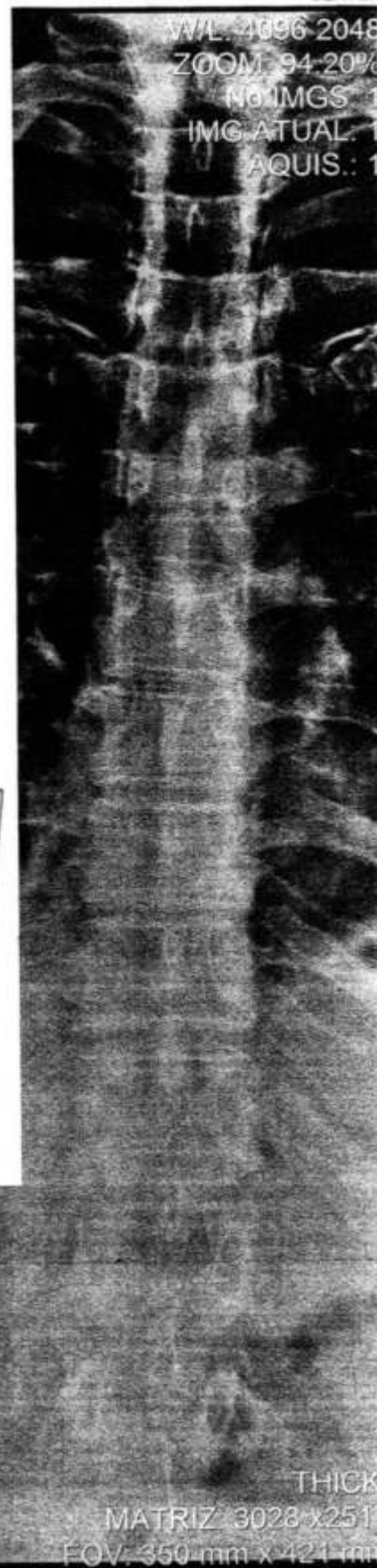
Data ____/____/____

Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



KV:
MAS:
DRX-1

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

NOME
CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE

DOC IDENTIDADE (ORG. EMISSOR) RF
842649 SSP PI

CPF
446.232.913-91

DATA NASCIMENTO
28/02/1967

FILIAÇÃO
ANTONIO JOAQUIM DE ANDRADE
ANTONIA ALVES MACHADO

PERMISSÃO
CATEGORIA

ACC
CATEGORIA

VALIDADE
31/07/2018

VALIDADE
31/05/1996

OBSERVAÇÕES

Cordeiro Crispim de Andrade

LABORATORIA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO
01/06/2013

74447711781
PI312759428

DETRAN-PI (PIAUÍ)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

804948852

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

804948852

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 MAIO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
M. - Norte CEP: 64.000-000

Declaração do Proprietário do Veículo

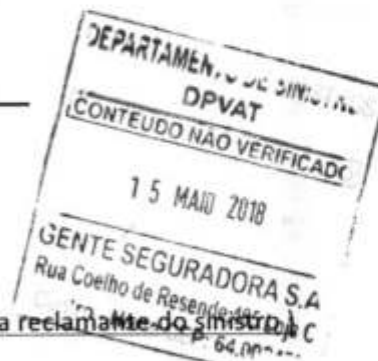
Eu, marcos Felipe Soares De Andrade,
RG nº 3.174.985, data de expedição 07/05/08,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 052.321.743-98 com
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Alencar Vieira, nº 2590
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Cordeiro Crispim de Andrade, cujo o condutor era
Cordeiro Crispim de Andrade.

Veículo: Moto
Modelo: Hondal NX R 150 BROS ES
Ano: 2014
Placa: PIE-2628
Chassi: 9C2K D0550E R347054
Data do Acidente: 16/02/18
Local e Data: Teresina Piauí 22/03/18

marcos Felipe Soares de Andrade
Assinatura do Declarante

Cordeiro Crispim de Andrade

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



Águas de Teresina

Água muito bem tratada

CNPJ 27.957.470/0001-00 - 15.132.809.668
Av. Odilon Araújo, 1035, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

Medição: 13.05.2018 - 05/2018

NOME/ENDEREÇO: **HELLE ROZE SOARES MARQUES**
RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 544 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64018650

LOCALIZAÇÃO: 001-00008-000050 GRUPO: 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO: A10X133657

HISTÓRICO DE CONSUMO			ECONOMIA - CATEGORIA (TIPOTAB) 1 Comercial - Normal	
MES/ANO	L. TIPO	USO: INICIADO		
03/2018	Normal	08		
04/2018	Normal	01		
05/2018	Normal	10		
06/2018	Normal	10		
07/2018	Normal	10		
08/2018	Normal	10		

04/05/2018 **ESGA**
ANTERIOR 04/05/2018 168
ATUAL CONSUMO M3 100
M3 100
M3 100

TABELA DE DEBITOS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
RESIDENCIAL RUA DE CONSUMO 05, 06, 07, 08, 09, 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	VALOR REFERENTE ÁGUA - 54,40 > Comercial - Normal 10,0 m3 54,40 VALOR DE ESGOTO - 43,52 > Comercial - Normal 10,0 m3 43,52	54,40 43,52

DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS DE ÁGUA E ESGOTO - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 MAIO 2018
ARQUIVOS ACUSAC(M) 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Teresina - PI - CEP: 64011-100

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA (M3)	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2837	2169	668	11,57	Inferior a 15,00
ODOR APARENTE	3336	2634	762	6,29	6,00-9,50
PH	3373	2952	421	7,97	Inferior a 5,00
TURBIDEZ					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	ANÁLISE	RESULTADO
COLIFORMES TOTAIS	919	919	0	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI					

04/05/2018 09:40

DATA DA EMISSÃO HORA DA EMISSÃO:



CTGE SALVADOR BA (TSA-PIS)
MARCOS FELIPE SOARES DE ANDRADE
RUA ALENCAR VIEIRA 2590
PARQUE IDEAL
64078-660 TERESINA PI



7209036539413180000010751430280218

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 MAIO 2018

GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
N.º 1000 CEP: 64.000-000

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

Bordeiro Crispim Andrade

CPF da Vítima

446.232.913-91

Data do Acidente

16 / 02 / 18

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.



Teresina P 15 maio de 18

Local e Data

Bordeiro Crispim de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE	Prontuário:	109892
Mãe:	ANTONIA ALVES MACHADO	Pai:	ANTONIO JOAQUIM DE ANDRADE
End. Resid.:	RUA ALECAR VIEIRA, 2590 - PARQUE ITARARE - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento:	28/02/1967	Idade:	50a:11m:19d
Responsável:	O MESMO	Sexo:	Masculino
Profissão:		Fone:	
G. Instrução:	Não informado	CNS:	
End. Local.:	- - -	Documento:	CPF: 446.232.913-91
		E.Civil:	Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	240908	Entrada:	16/02/2018 09:47:20	Convênio:	S U S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR					

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	MMSSII	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR EM OMBRO E MSD. JA AVALIADO PELA CLINICA MEDICA QUE SOLICITOU AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.			MAYARA FELICIANO DA SILVA E SOUSA COREN 277442 Em: 16/02/2018 09:51:30
Ass.Profissional Clas. Risco:			

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 0 bpm	Pressão: 0 mmHg
DADOS CLÍNICOS: paciente vitima de acidente de moto fratura de clavícula direita com desvio cd: cirurgia				
Diagnóstico Inicial: Fratura da clavícula				
EXAMES COMPLEMENTARES:				
PRESCRIÇÃO MEDICA:				
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: ALTA COM RECEITA				
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____				

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA
CRM PI 3824 Em: 16/02/2018 10:24:59



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001111/2018-39

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almirallice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 22/03/2018 - 16:25

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA DO 8º BATALHÃO, Nº:

Complemento

443143

Data/Hora

16/02/2018 - 08:00

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE I

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE 51 ANOS

RG: 842649

Mãe: ANTONIA ALVES MACHADO

Endereço: RUA ALENCAR VIEIRA, Nº 2590

Bairro: PARQUE ITARARE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8814-7086

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/NXR 150, ANO 2014, PLACA PIE-2628, PROPRIETÁRIO MARCOS FELIPE SOARES DE ANDRADE, CPF 05232174398, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA, QUANDO UMA MOTO QUE TRAFEGAVA NA SUA FRENTE FOI DESVIAR DE UNS BURACOS E FOI PARA A FAIXA EM QUE A VITIMA ESTAVA LOGO ATRÁS, ONDE COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADO FOI SOCORRIDO POR TERCEIRO E ENCAMINHADO PARA A UPA DO RENASCENÇA, PRONTUÁRIO 109892, FATO TESTEMUNHADO POR EDILSON JOSE DE SOUSA GOMES, CPF 746376, 073-91, ERAS O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almirallice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almirallice R. Lebre Carlos

Escriturário Especial
Mat.: 009761-6

CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE 51 ANOS - Noticiante
Responsável pela Informação



Delegado de Polícia

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 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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Cordeiro Crispim Andrade		CPF titular da conta 446.232.913-91	Profissão Recebe-me
Endereço Rua Alencar Vieira		Número 2590	Complemento Casa
Bairro Parque Ideal	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 64.078-660
Email		Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO 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)**

AGÊNCIA

Nº. **3389**

D/V

CONTA

Nº. **46451**

D/V

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº.

D/V

CONTA

Nº.

D/V

(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 Líder 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.

Teresina PI, 15 de maio de 18

Local e Data

Cordeiro Crispim Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 MAIO 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Rio de Janeiro - RJ CEP: 22.000-000

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: 18/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000046451-8

Nr. da Autenticação 9DD648310D816F7C

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Cordeiro Crispim de Anshade
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: casado
Identidade: 842649
CPF: 446.232.913/91
Profissão: Escriturário
Endereço: Rua Alencar Vieira 2590 P.I.
CEP: 64.078.660
Telefone: ()

OUTORGADO:

Nome: Pelle Roge Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 840.173.173/91
Profissão: Recusante
Endereço: Rua Du de Janeiro 544 - Curitiba
CEP: 64.000.235
Telefone: ()



Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Cordeiro Crispim de Anshade.

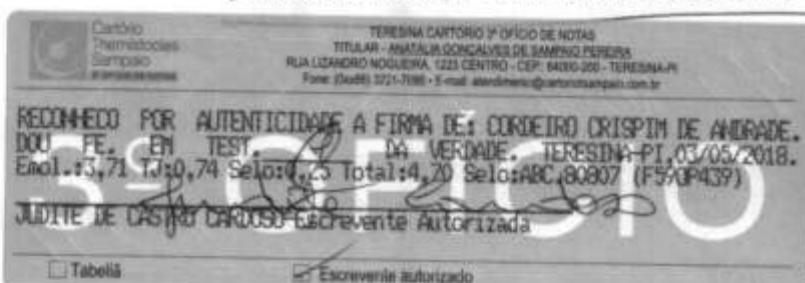
Terezina Cartório

Local e data

Cordeiro Crispim de Anshade

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Cartório Thematiques Sampaio
1º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escrevente Autorizada
Terezina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013030016462
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 01023946181 EXERCÍCIO 2017

NOME MARCOS FELIPE SOARES DE ANDRADE
CPF/CNPJ 05232174398 PLACA PIE-2628

CHASSI 9C2KD0550ER347054
COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS

PAIS/MOTOCICLETA/NEHOMA HONDA/NXR150 BROS ES
ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CAP/POT/OIL 02P/0149CC CATEGORIA PARTICU
COR PREDOMINANTE PRETA

VENC. COTA UNICA 1º IPVA 2º PAGO 3º PAGO
VENC. COTA UNICA 1º IPVA 2º PAGO 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00
PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO 28/08/2017

TERESINA LOCAL DATA 30/08/2017

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DO POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013030016462 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 30/08/2017

VIA 1 CPF/CNPJ 05232174398 PLACA PIE-2628

RENAVAM 01023946181 MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2014 CAT. TARIF 09 Nº CHASSI 9C2KD0550ER347054

PRÊMIO TARIFÁRIO 000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00
TOTAL A SE PAGAR POR SEU SEGURO (R\$) 185,50
DATA DE COTAÇÃO 28/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

ARTAMEN... DPVAT
TEUDO NAO VERIFICADO
15 MAIO 2018
E SEGURADORA S.A.
elho de Resende, 465 Loja C
Norte CEP: 64.007-100

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR: MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARAÚJO LEÃO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (86) 3221-3643 / 3221-6788 - E-mail: cartorio6@teresianonotario.org.br
CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE/EN/TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 22/03/2018.
ALDENORA ALVES DE OLIVEIRA - ESCRIVENTE COM HABILITAÇÃO
Encl.: 2,39 Tj: 0,48 Selo: 0,25 Total: 3,12 Selo: ABK.29710
(F450P380)
45/15329022032018/330



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180263216 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE **Data do acidente:** 16/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVICULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MS DIREITO: 25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR DIREITO



0476283

NELLE ROZE SOARES MARQUES
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 MAIO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
12 - NOROESTE - 64.000-000

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
ORIGINAL 4.119.262 DATA DE
EXPIRAÇÃO 23/09/14

NOME
NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO
CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTÔNIO SOARES JUCUNDE

CRATEUS-CE

POP. ORIGINÁRIA
CERT. NASC. 529 L. 141
EXP. CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DETENTOR

22/05/1971 DATA DE NASCIMENTO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 80.250/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE

DOC IDENTIDADE (ORG. EMISSOR) UF
842649 SSP PI

CPF
446.232.913-91

DATA NASCIMENTO
28/02/1967

FILIAÇÃO
ANTONIO JOAQUIM DE ANDRADE
ANTONIA ALVES MACHADO

PERMISSAO
CATEGORIA

ACC
CATEGORIA

VALIDADE
31/07/2018

VALIDADE
31/05/1996

OBSERVAÇÕES

Cordeiro Crispim de Andrade

LABORATORIA DO DETRAN

LOCAL
TERESINA

DATA EMISSAO
01/06/2013

JOSE ANTONIO MACHADO JUNIOR
DEPUTADO GERAL DO ESTADO - PI

74447711781
PI312759428

LABORATORIA DO DETRAN

DETRAN-PI (PIAUÍ)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

804948852

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

804948852

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

15 MAIO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Fone - Norte CEP: 64.000-000

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, marcos Felipe Soares De Andrade,
RG nº 3.174.985, data de expedição 07/05/08,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 052.321.743-98 com
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Alencar Vieira, nº 2590
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Cordeiro Crispim de Andrade, cujo o condutor era
Cordeiro Crispim de Andrade.

Veículo: moto
Modelo: Honda NX R 150 BROS ES
Ano: 2014
Placa: PIE-2628
Chassi: 9C2K D0550E R347054
Data do Acidente: 16/02/18
Local e Data: Teresina Piauí 22/03/18

marcos Felipe Soares de Andrade
Assinatura do Declarante

Cordeiro Crispim de Andrade

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




Dra. Fabíola Veras
CRM. 2374

REUMATOLOGIA E



ANAMNESE MÉDICA

Atesto, para os devidos fins, que o Sr. Berdoivo Crispim de Andrade, foi vítima de acidente de trânsito, sofrendo fratura da Ala Vêntila Direita e Arcos Costais à Direita, submetendo-se à tratamento cirúrgico da fratura com placa e parafusos, com fixação metálica, evoluindo com antalgia e paralisia no local, apresentando perda funcional de 60%. Em alta definitiva desde Maio/2018.



04, 06.06.18

Dra. Fabíola Fereira H. Veras
Clínica Médica Reumatologia
CRM 2374

PACIENTE: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE

DN: 28/02/1967

DATA DO EXAME: 16/02/2018

MEDICO SOLICITANTE: TERCIO DANTAS MOURA CRM: PI - 3824

RX DO OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito realizado nas incidências AP/P

Os seguintes aspectos foram observados:

- Redução difusa da densidade mineral óssea.
- Fratura completa, desalinhada, na clavícula direita.
- Luxação glenoumeral anterior.
- Aumento do volume das partes moles do ombro.



17 577 205/0015-32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde, Nº 2810
Renascença III - Teresina - PI

140918

Dr. Edward Mont Alverne Filho
RADIOLOGISTA
CRM - PI 2738



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

Sr(a). CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE

Nome:

LAUDO MÉDICO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTA FRATURA DE CLAVICULA DIREITA E ARCOS COSTAIS à DIREITA. PACIENTE REALIZOU CIRURGIA PARA FRATURA EM CLAVICULA E NECESSITARÁ DE 60 DIAS PARA RECUPERAÇÃO.

CID : S420



Teresina 26 de Fevereiro de 2018

Data ____/____/____

Dr. Tércio Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3824

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI



Nome: _____

***** LAUDO RADIOLOGICO *****

No. Atend: 258331 Data: 16/02/2018

Paciente: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE

Solicitante: DR NEOMAR SOARES DA SILVA

Convênio: UNIMED

Exame: 0190-RX OMBRO DIREITO

CONCLUSÃO:

FRATURA COMPLETA RECENTE DESALINHADA NA DIAFISE DA CLAVICULA

Teresina(PI), 26 de Fevereiro de 2018

Data: ____/____/____

Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



V:
AS:

RX-1



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI



Nome: _____

***** LAUDO RADIOLOGICO *****

No. Atend: 258490 Data: 20/02/2018

Paciente: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE

Solicitante: DR FREDERICO SOARES LEMOS MARTINS

Convênio: UNIMED

Exame: 0217-RX TORAX

CONCLUSÃO:

FRATURA COMPLETA RECENTE NO 2º ARCO COSTAL DIREITO
COM PEQUENO DESVIO
FRATURA ALINHADA NA DIAFISE DA CLAVICULA
PRESENÇA DE PLACA E PARAFUSOS METALICOS



Teresina(PI), 26 de Fevereiro de 2018

Data _____

Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada

KV:
MAS:
DRX-1

Águas de Teresina

Água muito bem tratada

CNPJ: 27.957.478/0001-00 - E: 139965574
Av. Odilon Araújo, 1035, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

Medição: 13.05.2018 - 0
Número de Medição: 153280968
Mês/Ano: 5/2018

NOME/ENDEREÇO: **HELLE ROZE SOARES MARQUES**
RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 544 - CENTRO - TERESINA-PI - cep: 64018650

LOCALIZAÇÃO: 001-00008-000050 GRUPO: 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO: A10X133657

HISTÓRICO DE CONSUMO			ECONOMIA - CATEGORIA (TIPO TÁRIFA)	
MÊS/ANO	L. TIPO	USO	ATURADO	
03/2018	Residência	08	11	
04/2018	Residência	01	10	
05/2018	Residência	10	10	
06/2018	Residência	02	10	
07/2018	Residência	04	10	

04/05/2018 **ESGOTO**
ANTERIOR: 04/05/2018 168
ATUAL: CONSUMO MÊS M3: 100
MÊS/ANO: 02+1.000+1.00
CÓDIGO: 02+7.000+7.00

TABELA DE TÁRIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA TÁRIFA	
RESIDENCIAL	VALOR REFERENTE ÁGUA - 54,40	VALOR
RUA DE CONSUMO 05,00 m³	> Comercial-Normal 10,0 m³	54,40
	VALOR DE ESGOTO - 43,52	
	> Comercial-Normal 10,0 m³	43,52

10/05/2018 07:00

DEPARTAMENTO DE SUPRIMENTO DE ÁGUA - DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
15 MAIO 2018
ARQUIVOS ACUSAC(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Teresina - Norte CEP: 64011-100
NOTIFICAÇÃO
Em caso de vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços.
Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, Inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, Inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA LÍMITE	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2837	2169	668	11,57	Inferior a 15,00
ODOR APARENTE	3336	2634	762	6,29	6,00-9,50
PH	3373	2952	421	7,97	Inferior a 5,00
TURBIDEZ					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	ANÁLISE	RESULTADO
COLIFORMES TOTAIS	919	919	0	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI					

04/05/2018 09:40

DATA DA EMISSÃO: HORA DA EMISSÃO:



CTGE SALVADOR BA (TSA-PIS)
MARCOS FELIPE SOARES DE ANDRADE
RUA ALENCAR VIEIRA 2590
PARQUE IDEAL
64078-660 TERESINA PI



7209036539413180000010751430280218

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 MAIO 2018

GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
- Norma CEP- 64.000-000



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001111/2018-39

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Assinado pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos**

Data/Hora: 22/03/2018 - 16:25

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA DO 8º BATALHÃO, Nº:

Complemento

443143

Data/Hora

16/02/2018 - 08:00

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE I

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE 51 ANOS

RG: 842649

Mãe: ANTONIA ALVES MACHADO

Endereço: RUA ALENCAR VIEIRA, Nº 2590

Bairro: PARQUE ITARARE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8814-7086

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/NXR 150, ANO 2014, PLACA PIE-2628, PROPRIETÁRIO MARCOS FELIPE SOARES DE ANDRADE, CPF 05232174398, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA, QUANDO UMA MOTO QUE TRAFEGAVA NA SUA FRENTE FOI DESVIAR DE UNS BURACOS E FOI PARA A FAIXA EM QUE A VITIMA ESTAVA LOGO ATRÁS, ONDE COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADO FOI SOCORRIDO POR TERCEIRO E ENCAMINHADO PARA A UPA DO RENASCENÇA, PRONTUÁRIO 109892, FATO TESTEMUNHADO POR EDILSON JOSE DE SOUSA GOMES, CPF 746376, 073-91, ERAS O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralce R. Lebre Carlos

Escrivão Especial

Mat.: 009761-6

Cordeiro Crispim de Andrade
CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE 51 ANOS - Noticiante

Responsável pela Informação



Delegado de Polícia

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE		Prontuário: 109892	
Mãe: ANTONIA ALVES MACHADO		Pai: ANTONIO JOAQUIM DE ANDRADE	
End.Resid.: RUA ALECAR VIEIRA, 2590 - PARQUE ITARARE - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 28/02/1967	Idade: 50a:11m:19d	Sexo: Masculino	Fone:
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão:		Documento: CPF: 446.232.913-91	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 240908	Entrada: 16/02/2018 09:47:20	Convênio: S U S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	MMSSII	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR EM OMBRO E MSD. JA AVALIADO PELA CLINICA MEDICA QUE SOLICITOU AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.			Ass.Profissional Clas. Risco: MAYARA FELICIANO DA SILVA E SOUSA COREN 277442 Em: 16/02/2018 09:51:30

SSVV: (Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 0 bpm
DADOS CLÍNICOS: paciente vitima de acidente de moto fratura de clavícula direita com desvio cd: cirurgia		Pressão: 0 mmHg	
Diagnóstico Inicial: Fratura da clavícula		CID: s420	
EXAMES COMPLEMENTARES:		Prescrição Médica:	
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:			

ALTA COM RECEITA

DATA: / /

HORA: :

Francina M. A. Moura
Dr. Tércio Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM PI: 3824

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA
CRM PI 3824 Em: 16/02/2018 10:24:59

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

Bordeiro Crispim Andrade

CPF da Vítima

446.232.913-91

Data do Acidente

16 / 02 / 18

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.



Teresina P 15 maio de 18

Local e Data

Bordeiro Crispim de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Cordeiro Crispim Andrade		CPF titular da conta 446.232.913-91	Profissão Recebe-me
Endereço Rua Alencar Vieira		Número 2590	Complemento res
Bairro Parque Ideal	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 64.078-660
Email		Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO 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)**

AGÊNCIA NRO. **3389** D/V **8**
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. **46451** D/V **8**
 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome **_____** NRO **_____**

AGÊNCIA NRO. **_____** D/V **_____**
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. **_____** D/V **_____**
 (Informar dígito se existir)

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

Teresina PI, 15 de maio de 18

Local e Data

Cordeiro Crispim Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 MAIO 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Rio de Janeiro - RJ CEP: 22.000-000

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2018

Carta nº: 12999504

A/C: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE

Nº Sinistro: 3180263216
Vítima: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE
Data do Acidente: 16/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

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: **CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003389**

Conta: **0000046451-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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

