

---

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**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: Cordeiro Crispim de Andrade  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Casado  
Identidade: 842649  
CPF: 446.232.913-91  
Profissão: Escrivano  
Endereço: Rua Almeida Vieira 2590 p.1.  
CEP: 64.078.660.  
Telefone: ( )

### OUTORGADO:

Nome: Nelle Figue Soares Mansur  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Solteira  
Identidade: 4.119.262  
CPF: 840.173.739-1  
Profissão: Escrivane  
Endereço: Rua 24 de Janeiro 500 - Centro  
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 perícia 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 Andrade.

 Teresina-PI  
Local e data

X Cordeiro Crispim de Andrade  
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

Cartório  
Permitidações  
Simplic  
e Profissionais

TERESINA CARTÓRIO Nº OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR - ANAELIA GONÇALVES DE SANTOS PEREIRA  
RUA LIZÂNDRO NOGUEIRA, 0225 CENTRO - CEP: 64010-000 - TERESINA-PI  
Fone: (088) 321-7088 • E-mail: assentimento@cartoriosimplic.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE.  
DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 03/05/2018.  
Enol: 4,71 Ttl: 0,74 Selos: 0,25 Total: 4,70 Selos: ABC.80807 (F590P439)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO Escrevente Autorizada



SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE DIA POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

<b>PI Nº 013030016462 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>		
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b> <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> <b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>		
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2017	30/08/2017	
PLACA / CNPJ	PLACA	
05232174396	PIE-2628	
PLACA ANTO/UFG	CHASSI	
-	9G2RKD0550ER347054	
ESPECIE / TIPO	COMBUSTIVEL	
PAS / MOTOCICLETA / NEONOSA	ALCOOL / GAS	
MARCA / MODELO	ANO FAB.	
HONDA / NXR150 Bros ES	2014	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	
02P / 0149CC	PARTICU	
COTA UNICA	VENC / COTAS	
I P V A	1 <sup>a</sup> IPVA FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$) — IOF (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
000,00	000,00	00/00/2018
OBSERVAÇÕES		
A/FID. SEGURO ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON DA NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA		
LOCAL	DATA	
TERESINA	30/08/2017	
<b>SEGURO LÍDER - DPVAT</b> CNPJ 09.248.898/0001-04		

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS  
 TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARAÚJO LEAO  
 RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI  
 FONE: (086) 3221-3642 / 3221-4788 - E-mail: [cartorio@teresina.cartorio.pi.gov.br](mailto:cartorio@teresina.cartorio.pi.gov.br)

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCÓPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS, DOU FE FEI EM TESTE DA VERDADE.  
 TERESINA-PI, 22/03/2018.

ALCENORA ALVES DE OLIVEIRA ESCREVENTE CONFRUISSA  
 End.: 2,39 TJ: 0,48 Sel.: 0,25 Total: 3,12 Sel.: ABK.29710  
 (F450P380)



DPVAT  
 TEUDO NÃO VERIFICADO  
 15 MAIO 2018  
 SEGURO LÍDER S.A.  
 Belo de Resende, 465 Loja C  
 - Norte CEP: 64.000-000

45/15324022052018/380



DEPARTAMENTO DE SITUAÇÃO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
		DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
		REGISTRO ONLINE	4.119.262
		NOME	<b>NELLE ROZE SOARES MARQUES</b>
		PLAÇA DO NASCIMENTO	
		CÍCERA MARQUES JUCUNDE	
		ANTÔNIO SOARES JUCUNDE	
		DATA DE NASCIMENTO	22/05/1971
CRATEUS-CE		ESTADO	CE
CERT. NASC. 529 L 6409478		NUVEM	141
CRATEUS-CE 2509478		ESTADO	CE
TEREINA - PI		UF	MARACAJÁ
840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR		DIRETOR	Gómez de Moraes
LEI Nº 7.110 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 69.260/83		Portaria	Gómez de Moraes

**PACIENTE: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE**

**DN: 28/02/1967**

**DATA DO EXAME: 16/02/2018**

**MEDICO SOLICITANTE: TÉRCIO 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 glenoumbral anterior.
- Aumento do volume das partes moles do ombro.



17 577 205/0015-32  
UPA RENASCENCA  
Rua Rio Verde N° 2810  
Renascenta  
140718

**Dr. Edward Mont Alverne Filho**  
**RADIOLOGISTA**  
**CRM – PI 2738**



Rua Rio Verde, 2810 – Renascença III.  
Teresina-PI. CEP 64082-110.  
CNPJ. 05.522.017/0036-10



86 3234 -7074



upa24h.fht@outlook.com



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



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

Teresina 26 de Fevereiro de 2018

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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 RADIOLÓGICO \*\*\*

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

Paciente: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE

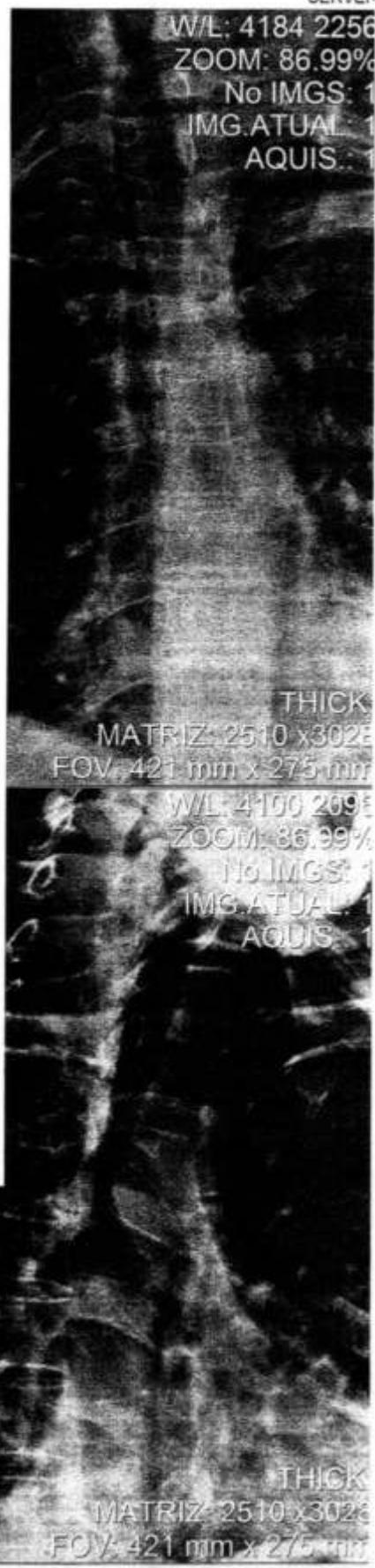
Solicitante: DR NEOMAR SOARES DA SILVA

Convênio: UNIMED

Exame: 0190-RX OMBRO DIREITO

CONCLUSÃO:

FRATURA COMPLETA RECENTE DESALINHADA NA DIAFISE DA CLAVICULA



Teresina(PI), 26 de Fevereiro de 2018

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Assinatura*  
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 RADIOLÓGICO \*\*\*

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

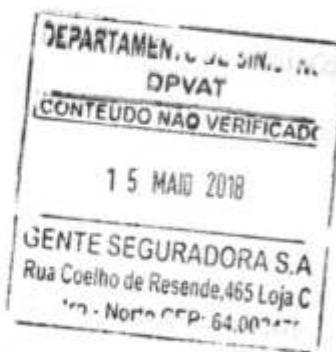
FRATURA ALINHADA NA DIAFISE DA CLAVICULA  
PRESENCA DE PLACA E PARAFUSOS METALICOS



Teresina(PI), 26 de Fevereiro de 2018

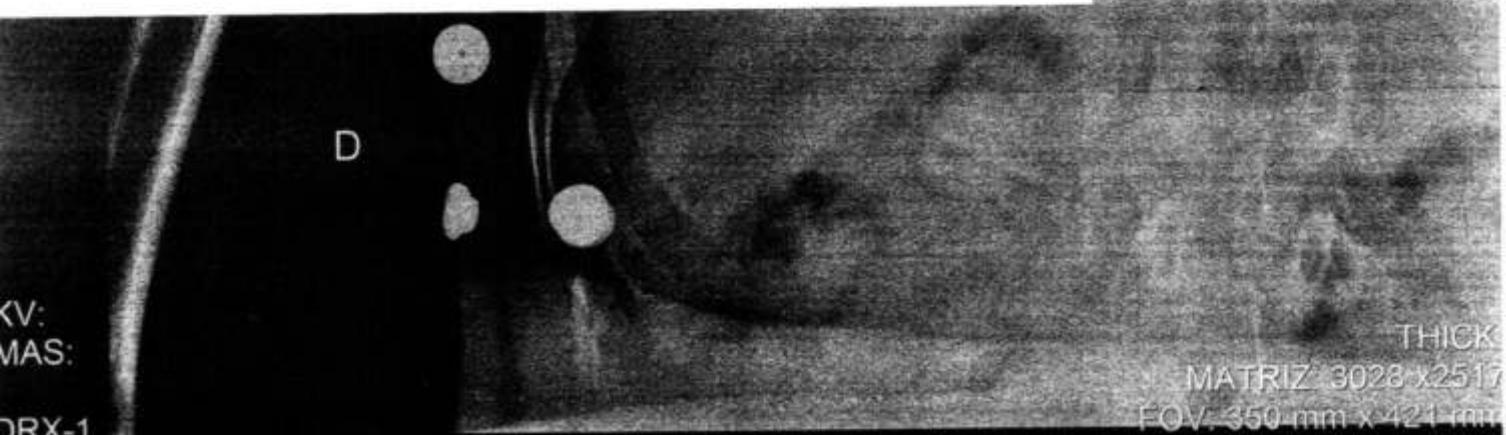
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Assinatura*  
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





**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO**  
**DPVAT**  
**804948852**  
**CONTEUDO NAO VERIFICADO**

15 MAIO 2018

**GENTE SEGURADORA S.A.**  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Tf. - Nro. 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 Velho, 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: 9C2KD0550ER347054

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)



TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ÁREA LEÃO  
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI  
FONE: (86) 3271-3652 / 3271-8738 - E-mail: cartorio6@teresina.pi.gov.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MARCOS FELIPE SOARES DE ANDRADE, D.O.U. FE. EM TESTIMONIO DA VERDADE, TERESINA-PI, 22/03/2018. End.: 03.70.114, 24 Selos: 50,25 Total: 4,70  
Selo: ABB.60994 (F450P380)

ALDENDRA ALVES DE OLIVEIRA PESQUENTE, DIFERENCISSA  
45/15323122032018



*Águas de*  
**Teresina**

Nossa água muito bem tratada

CHAMADA DE ATENDIMENTO: 11 3119-5574  
Av. Odilon Araújo, 1035, Piqueri - CEP 54017-280, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

10/1/2018  
2018-04-10 10:44:44

252280966  
5/2018

NOSSA ACUSACAO  
NELLE RGZE SOARES MARQUES

RUA Vinte E QUATRO DE  
JANEIRO, 544-CENTRO-TERESINA-PI-cep: 64018650

LOCALIZAÇÃO  
001-00006-000050

GRUPO  
001 NÚMERO DO HEDÔNICO  
A10X133657

HISTÓRICO DE CONSULOGO  
NAME FABIO L. RITO  
03/2018 Radônio 00 10  
01/2018 Líquor 01 10  
01/2018 Radônio 00 10  
12/2017 Líquor 00 10  
11/2017 Radônio 00 10

ECONOMIAS - CATEGORIA FINOTANAS  
I COMERCIAL - Normal

04/04/2018 266  
ANTERIOR 04/05/2018 168  
ATUAL

CONSULOGO HEDÔNICO

DE MENSAGEM  
PESO: 92+1,15x 1,41  
COR: 67,92+7,62x 7,44

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL  
FAZIA DE CONSUMO 05/M3 0,40

VALOR REFERENTE ÁGUA - 54,40  
> Comercial-Normal 10,0 m<sup>3</sup> 54,40  
VALOR DE ESGOTO - 43,52  
> Comercial-Normal 10,0 m<sup>3</sup> 43,52

NÃO RESIDENCIAL - 0,60  
FAZIA DE CONSUMO 05/M3 0,60  
10,0 m<sup>3</sup> 6,00

VERIFICADO: 10/05/2018

VALOR: 97,00

DEPARTAMENTO DE SÍNTESE

DPVAT

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

CONTEUDO NAO VERIFICADO

NOTA SEUS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.  
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

15 MAIO 2018

**NOTIFICAÇÃO**

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 45510-001

- PI - Norma CFP: 64018650

Características físicas e químicas da água distribuída (Portaria 2914/2011 do M.S e Decreto nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA MENS.	MÁX. DEBITO M <sup>3</sup> /L
CLORO LIVRE	2837	2169	668	11,57	Inferior a 15,00
COR APARENTE	3396	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 M.S e Decreto nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA MENS. ABSENTÍA	MÁX. DEBITO ABSENTÍA
COLIFORMES TOTais	919	919	0	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	-	-	-	-	-

04/05/2018 20:40

DATA DA EMISSÃO

HORA DA EMISSÃO:



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraslider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221294 ou 0800 0221206 (lado para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

[http://formas2.SUSEP.GOV.BR/DPVAT/DPVAT/DPVATCOMERCIAL\\_ASPECTO/14030904\\_00006](http://formas2.SUSEP.GOV.BR/DPVAT/DPVAT/DPVATCOMERCIAL_ASPECTO/14030904_00006)

**DEPARTAMENTO DE SISTEMAS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

15 MAIO 2018

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda, bem como a respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do seguro DPVAT, contudo, por determinação de referida Circular, esta recusa é passível de censuração no COAF<sup>2</sup>.

1º) Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reasseguro.

2º) 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 praticadas na Lei nº 9.613/98.

Exposto, eu Nelle Roze Soares M.: inscrito (a) no CPF/CRP 840 173 173-91,  
 e qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cordeiro Crispim de Andrade inscrito  
 no CPF sob o Nº 446.232.913-91, de sinistro de DPVAT cobertura FPA da Vítima  
Cordeiro Crispim de Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_, conforme  
 determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Reuso Renda: Reuso e apresento os documentos comprobatórios:  
Reuso

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo,  
 encanando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Declaro ainda de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Rua 24 de Janeiro	Mínimo 544	Complemento
centro morte	Estado PI	CEP 64 018-650
Turine	Telefone comercial (DDC)	Telefone celular (DDC)

Teresina, PI 15 de maio de 18  
 Local e Data

Nelle Roze Soares Meneses  
 Assinatura do Documento

██

CTCE SALVADOR BA (TSA-PIS)

MARCOS FELIPE SOARES DE ANDRADE  
RUA ALENCAR VIEIRA 2590  
PARQUE IDEAL  
64078-660 TERESINA PI



7209036539413180000010751430280218

DEPARTAMENTO DE SITUAÇÃO  
DPVAT  
ONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 MAIO 2018

GENTE SEGURADORA S.A  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
77 - Norma 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

*Cordeiro 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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



Local e Data

*Teresina PI 15 maio de 18*

*Cordeiro Crispim Andrade*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Teresina

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA  
 Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074  
 TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

UPA  
24h

## 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: SUS
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:		MAYARA FELICIANO DA SILVA E SOUSA COREN 277442 Em: 16/02/2018 09:51:30	
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR EM OMBRO E MBD. JA AVALIADO PELA CLINICA MEDICA QUE SOLICITOU AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.		Ass. Profissional Clas. Risco:	

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: 0	bmp	Pressão: 0 mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	-------	-----	-----------------

DADOS CLÍNICOS:	paciente vítima de acidente de moto fratura de clavícula direita com desvio cd: cirurgia
-----------------	--

Diagnóstico Inicial:	DEPARTAMENTO DE SINT. A. DPVAT	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	140748	140748	140748
Fratura da clavícula			140748	140748	140748

EXAMES COMPLEMENTARES:	GENTE SEGURADORA S.A Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Belo Horizonte - MG - CEP: 30.110-000	Conferir Com o Original
------------------------	--	-------------------------

PRESCRIÇÃO MEDICA:	140748
--------------------	--------

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	ALTA COM RECEITA	DATA: / /	HORA: :
------------------------------	------------------	-----------	---------

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Tércio Dantas Moura  
Ortopedista e Traumatologista  
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  
**Pelso Registro:** Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

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

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

443143

**Data/Hora**

16/02/2018 - 08:00

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

TERESINA

**Bairro**

DIRCEU ARCOVERDE I

**Endereço**

RUA DO 8º BATALHÃO, N°:

**Complemento**

**Ponto de Referência**

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

**Nome:** CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE 51 ANOS

**Tipo Envolv.:** VÍTIMA/Noticiante

RG: 842649

Mãe: ANTONIA ALVES MACHADO

Endereço: RUA ALENCAR VIEIRA, N° 2590

Bairro: PARQUE ITARARE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8814-7086

**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 FRENTES FOI DESVIAR DE UMS 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.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616  
 AGENTE DE POLÍCIA  
 Almiralice R. Lebre Carlos  
 Escrivão Especial  
 Mat. 009761-6

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

Responsável pela Informação

Delegado de Policia



**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 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	CPF titular da conta	Profissão	
<i>Cordeiro Luispim Andrade</i>	<i>006.232.913-91</i>	<i>Recurso-me</i>	
Endereço	Número	Complemento	
<i>Rua Glencor Vieira</i>	<i>2590</i>	<i>casa</i>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<i>Parque Ideal</i>	<i>Teresina</i>	<i>PJ</i>	<i>64.078.660</i>
Email	Telefone (DDD)		

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			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA N.R.O. <i>3389</i>	D/V <input type="checkbox"/>	CONTA N.R.O. <i>46451</i>	D/V <input type="checkbox"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: _____ N.R.O. _____			
AGÊNCIA N.R.O. <input type="checkbox"/>	D/V <input type="checkbox"/>	CONTA N.R.O. <input type="checkbox"/>	D/V <input type="checkbox"/>
(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.

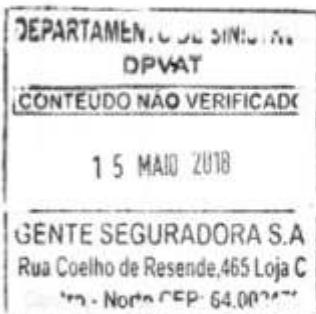
*Teresina PE, 15 de maio de 18*

Local e Data

*+lomficio Luispim de Andrade*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



# 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 Andrade  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Casado  
Identidade: 842649  
CPF: 446.232.913-91  
Profissão: Escrivano  
Endereço: Rua Almeida Vieira 2590 p.1.  
CEP: 64.078.660.  
Telefone: ( )

### OUTORGADO:

Nome: Nelle Figue Soares Mansur  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Solteira  
Identidade: 4.119.262  
CPF: 840.173.739-1  
Profissão: Escrivane  
Endereço: Rua 24 de Janeiro 500 - Centro  
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 perícia 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 Andrade.

 Teresina-PI  
Local e data

X Cordeiro Crispim de Andrade  
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

Cartório  
Permitidações  
Simplic  
e Profissionais

TERESINA CARTÓRIO Nº OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR - ANAELIA GONÇALVES DE SANTOS PEREIRA  
RUA LIZÂNDRO NOGUEIRA, 0225 CENTRO - CEP: 64010-000 - TERESINA-PI  
Fone: (088) 321-7088 • E-mail: assentimento@cartoriosimplic.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE.  
DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 03/05/2018.  
Enol: 4,71 Ttl: 0,74 Selos: 0,25 Total: 4,70 Selos: ABC.80807 (F590P439)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO Escrevante Autorizada



SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DIA, POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

<b>PI Nº 013030016462 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>	
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b> <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> <b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>	
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	30/08/2017
PLACA / CNPJ	PLACA
05232174396	PIE-2628
PLACA ANTO/UFG	CHASSI
-	9G2RKD0550ER347054
ESPECIE / TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS / MOTOCICLETA / NEONOSA	ALCOOL / GAS
MARCA / MODELO	ANO FAB.
HONDA / NXR150 Bros ES	2014
CAP / POT / CIL	CATEGORIA
02P / 0149CC	PARTICU
COTA UNICA	VENC / COTAS
I P V A	1 <sup>a</sup> IPVA FAIXA IPVA PARCELAGEM / COTAS
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$) — IOF (R\$)
000,00	000,00
DATA DE PAGAMENTO	
28/08/2017	
OBSESSOES	
A/FID. SEGURO PAGO OBRIGATÓRIO	
A/FID. SEGURO ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON DA NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA	
LOCAL	DATA
TERESINA	30/08/2017
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> CNPJ 09.248.898/0001-04	

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS  
 TITULAR - MARIA AMELIA MARTINS ARAUJO DE ALMEIDA  
 RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 84001-210 - TERESINA-PI  
 FONE: (086) 3221-3642 / 3221-4788 - E-mail: [certidao@teresinacertidao.com.br](mailto:certidao@teresinacertidao.com.br)

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCÓPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS, DOU FE FEI EM TESTE DA VERDADE.  
 TERESINA-PI, 22/03/2018.

ALCENORA ALVES DE OLIVEIRA ESCREVENTE CONFRUISSA  
 End.: 2,39 TJ: 0,48 Sel.: 0,25 Total: 3,12 Sel.: ABK.29710  
 (F450P380)

45/15324022052018/380

Selo de Fiscalização e Autenticidade

Poder Judiciário  
 Estado do Piauí  
 Arquivo de Notas,  
 Registro e  
 Juizados

AUTENTICAÇÃO

ABK 29710



DPVAT  
 TEUDO NÃO VERIFICADO  
 15 MAIO 2018  
 SEGURO S.A.  
 Belo de Resende, 465 Loja C  
 - Norte CEP: 64.000-000

# 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



DEPARTAMENTO DE SITUAÇÃO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
		DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
		REGISTRO ONLINE	4.119.262
		NOME	<b>NELLE ROZE SOARES MARQUES</b>
		PLAÇA/LOGRADOURO	<b>CRATEUS-CE</b>
		CEP	<b>62.600-000</b>
		MUNICÍPIO	<b>JUCUNDÉ</b>
		ESTADO	<b>Ceará - CE</b>
		DATA DE NASCIMENTO	<b>22/05/1971</b>
		SEXO	<b>F</b>
		PAÍS	<b>Brasil</b>
		PROFISSÃO	<b>Portaria / Gabinete de Monitores</b>
		TELEFONE	<b>840.173.173-91</b>
		ASSINATURA DO DIRETOR	
<b>LEI Nº 7.110 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 69.260/83</b>			



DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

15 MAIO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Tf - Nro. 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 Velho, 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: 9C2KD0550ER347054

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)



TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ÁREA LEÃO  
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI  
FONE: (86) 3271-3652 / 3271-8738 - E-mail: cartorio6@teresina.pi.gov.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MARCOS FELIPE SOARES DE ANDRADE, D.O.U. FE. EM TESTIMONIO DA VERDADE,  
TERESINA-PI, 22/03/2018. End.: 03.70.114, 24 Selos: 0,25 Total: 4,70  
Selo:ABB.60994 (F450P380)

ALDENDRA ALVES DE OLIVEIRA PESQUENTE, DIFERENCISSA  
45/153231220/2018



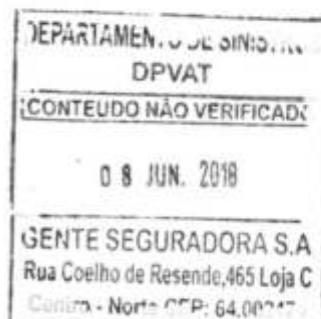
Dra. Fabíola Veras  
CRM. 2374

REUMATOLOGIA E



ANEXO MÉDICO

Muito, para os devidos fins, que o Sr.  
Brendano Crispim de Andrade, foi vítima  
de acidente de trânsito, resultando Fratura da Ala  
vítreia Direita e Arcos Costais à Direita, sub-  
metendo-se à tratamento cirúrgico da Fratu-  
ra de clavicula, com fixação metálica, e se-  
guindo com artroscopia torax e pneumotórax  
no lado esquerdo, apresentando perda funcional de  
60%. Foi alta definitiva desde Maio/2018.



08, 06.06.18

Dra Fabíola Ferreira H. Veras  
Clínica Médica Reumatologia  
CRM 2374

**PACIENTE: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE**

**DN: 28/02/1967**

**DATA DO EXAME: 16/02/2018**

**MEDICO SOLICITANTE: TÉRCIO 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 glenoumral anterior.
- Aumento do volume das partes moles do ombro.



17 577 205/0015-32  
UPA RENASCENCA  
Rua Rio Verde N° 2810  
Renascenca

140118

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 TRÂNSITO APRESENTA FRATURA DE CLAVICULA DIREITA E ARCS 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 Danics 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 RADIOLÓGICO \*\*\*

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

Paciente: CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE

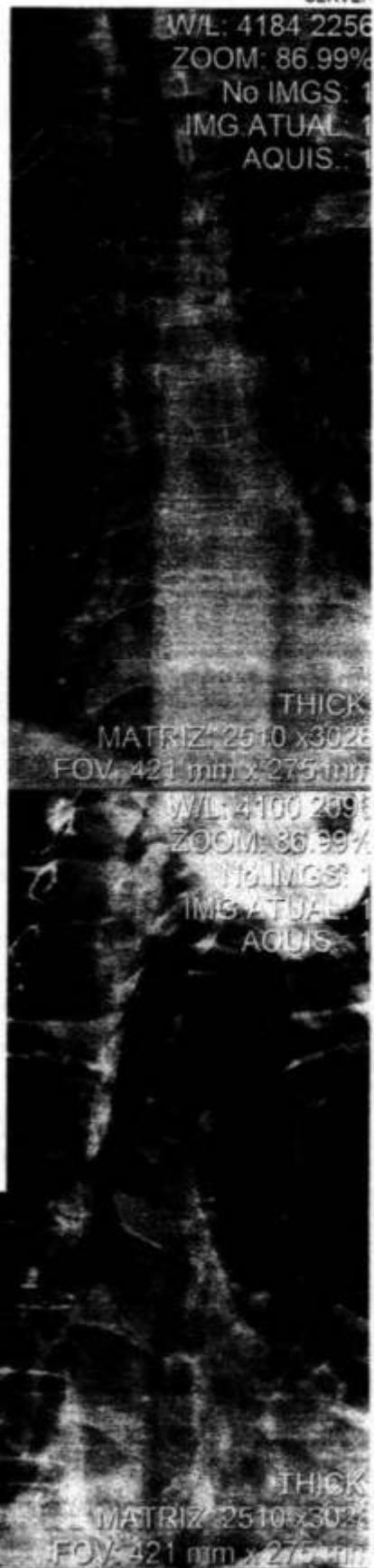
Solicitante: DR NEOMAR SOARES DA SILVA

Convênio: UNIMED

Exame: 0190-RX OMBRO DIREITO

CONCLUSÃO:

FRATURA COMPLETA RECENTE DESALINHADA NA DIAFISE DA CLAVICULA



Teresina(PI), 26 de Fevereiro de 2018

Data \_\_\_\_\_ *Assinatura*  
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: \_\_\_\_\_



SERVIDOR

WL-4696-2048

ZOOM: 94.20%

NO. IMGS.: 1

IMG ATUAL: 1

AQUIS.: 1



### \*\*\* LAUDO RADIOLÓGICO \*\*\*

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  
PRESENCA DE PLACA E PARAFUSOS METALICOS

Teresina(PI), 26 de Fevereiro de 2018

Data \_\_\_\_\_

*Carvalho*  
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





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraslider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221294 ou 0800 0221206 (lado para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

[http://formas2.SUSEP.GOV.BR/DPVAT/DPVAT/DPVATCOMERCIAL\\_ASPECTO/14030904\\_00006](http://formas2.SUSEP.GOV.BR/DPVAT/DPVAT/DPVATCOMERCIAL_ASPECTO/14030904_00006)

**DEPARTAMENTO DE SISTEMAS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

15 MAIO 2018

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda, bem como a respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do seguro DPVAT, contudo, por determinação de referida Circular, esta recusa é passível de censuração no COAF<sup>2</sup>.

1º) Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reasseguro.

2º) 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 praticadas na Lei nº 9.613/98.

Exposto, eu Nelle Roze Soares M.: inscrito (a) no CPF/CRP 840 173 173-91,  
 e qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cordeiro Crispim de Andrade inscrito  
 no CPF sob o Nº 446.232.913-91, de sinistro de DPVAT cobertura FPA da Vítima  
Cordeiro Crispim de Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_, conforme  
 determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Reuso Renda: Reuso e apresento os documentos comprobatórios:  
Reuso

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo,  
 encanando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Declaro ainda de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Rua 24 de Janeiro	Mínimo 544	Complemento
centro morte	Estado PI	CEP 64 018-650
Turine	Telefone comercial (DDC)	Telefone celular (DDC)

Teresina, PI 15 de maio de 18  
 Local e Data

Nelle Roze Soares Meneses  
 Assinatura do Documento

*Águas de*  
**Teresina**

Nossa água muito bem tratada

CHAMADA DE ATENDIMENTO: 11 3119-5574  
Av. Odilon Araújo, 1035, Piqueri - CEP 64017-280, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

10/1/2018  
2018-04-10 10:44:44

252280966  
5/2018

NOSSA ACUSACAO  
NELLE RGZE SOARES MARQUES

RUA Vinte E QUATRO DE  
JANEIRO, 544-CENTRO-TERESINA-PI-cep: 64018650

LOCALIZAÇÃO  
001-00006-000050

GRUPO  
001 NÚMERO DO HEDÔNICO  
A10X133657

HISTÓRICO DE CONSULOGO  
NAME FABIO L. RITO  
03/2018 Radônio 00 10  
01/2018 Líquor 01 10  
01/2018 Radônio 00 10  
12/2017 Líquor 00 10  
11/2017 Radônio 00 10

ECONOMIAS - CATEGORIA: GROTANAS  
I COMERCIAL - Normal

04/04/2018 266  
ANTERIOR 04/05/2018 168  
ATUAL

CONSULOGO HEDÔNICO

DE MENSAGEM  
PESO: 92+1,15x 1,41  
COR: 67,92+7,62x 7,44

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL  
FAZIA DE CONSUMO 05/M3 0,40

VALOR REFERENTE ÁGUA - 54,40  
> Comercial-Normal 10,0 m<sup>3</sup> 54,40  
VALOR DE ESGOTO - 43,52  
> Comercial-Normal 10,0 m<sup>3</sup> 43,52

NÃO RESIDENCIAL - 0,60  
FAZIA DE CONSUMO 05/M3 0,60  
10,0 m<sup>3</sup> 6,00

VERIFICADO: 10/05/2018

VALOR: 97,00

DEPARTAMENTO DE SÍNTESE

DPVAT

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

CONTEUDO NAO VERIFICADO

NOTA: ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.  
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

15 MAIO 2018

**NOTIFICAÇÃO**

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 45510-001

- Fortaleza - CE - Brasil

CEP: 64010-001

Características físicas e químicas da água distribuída (Portaria 2914/2011 do M.S e Decreto nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA MENS.	MÁX. DEBITO M <sup>3</sup> /L
CLORO LIVRE	2837	2169	668	11,57	Inferior a 15,00
COR APARENTE	3396	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 M.S e Decreto nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA MENS. ABSENTÍA	MÁX. DEBITO ABSENTÍA
COLIFORMES TOTais	919	919	0	Ausente	Ausente
ESCHERICHIA COLI	-	-	-	-	-

04/05/2018 20:40

DATA DA EMISSÃO

HORA DA EMISSÃO:

██

CTCE SALVADOR BA (TSA-PIS)

MARCOS FELIPE SOARES DE ANDRADE  
RUA ALENCAR VIEIRA 2590  
PARQUE IDEAL  
64078-660 TERESINA PI



7209036539413180000010751430280218

DEPARTAMENTO DE SITUAÇÃO  
DPVAT  
ONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 MAIO 2018

GENTE SEGURADORA S.A  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
77 - 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  
**Pelso Registro:** Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

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

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

443143

**Data/Hora**

16/02/2018 - 08:00

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

TERESINA

**Bairro**

DIRCEU ARCOVERDE I

**Endereço**

RUA DO 8º BATALHÃO, N°:

**Complemento**

**Ponto de Referência**

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

**Nome:** CORDEIRO CRISPIM DE ANDRADE 51 ANOS

**Tipo Envolv.:** VÍTIMA/Noticiante

RG: 842649

Mãe: ANTONIA ALVES MACHADO

Endereço: RUA ALENCAR VIEIRA, N° 2590

Bairro: PARQUE ITARARE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8814-7086

**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 FRENTES FOI DESVIAR DE UMS 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.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616  
 AGENTE DE POLÍCIA  
 Almiralice R. Lebre Carlos  
 Escrivão Especial  
 Mat. 009761-6

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

Responsável pela Informação

Delegado de Policia



Teresina

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA  
 Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074  
 TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

UPA  
24h

## 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: SUS
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:		MAYARA FELICIANO DA SILVA E SOUSA COREN 277442 Em: 16/02/2018 09:51:30	
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR EM OMBRO E MBD. JA AVALIADO PELA CLINICA MEDICA QUE SOLICITOU AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.		Ass. Profissional Clas. Risco:	

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: 0	bmp	Pressão: 0 mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	-------	-----	-----------------

DADOS CLÍNICOS:	paciente vítima de acidente de moto fratura de clavícula direita com desvio cd: cirurgia
-----------------	--

Diagnóstico Inicial:	DEPARTAMENTO DE SINT. A. DPVAT	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	CID: 5420
Fratura da clavícula	15 MAIO 2018	CONFERENCIA	

EXAMES COMPLEMENTARES:	GENTE SEGURADORA S.A Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Belo Horizonte - MG - CEP: 30.110-000	Conferir Com o Original
------------------------	--	-------------------------

PRESCRIÇÃO MEDICA:	140748
--------------------	--------

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	ALTA COM RECEITA	DATA: / / . HORA: :
------------------------------	------------------	---------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Tércio Dantas Moura  
Ortopedista e Traumatologista  
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

*Cordeiro 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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



Local e Data

*Teresina PI 15 maio de 18*

*Cordeiro Crispim Andrade*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**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 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	CPF titular da conta	Profissão	
<i>Cordeiro Luispim Andrade</i>	<i>006.232.913-91</i>	<i>Recurso-me</i>	
Endereço	Número	Complemento	
<i>Rua Glencor Vieira</i>	<i>2590</i>	<i>casa</i>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<i>Parque Ideal</i>	<i>Teresina</i>	<i>PJ</i>	<i>64.078.660</i>
Email	Telefone (DDD)		

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			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA N.R.O. <i>3389</i>	D/V <input type="checkbox"/>	CONTA N.R.O. <i>46451</i>	D/V <input type="checkbox"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: _____ N.R.O. _____			
AGÊNCIA N.R.O. <input type="checkbox"/>	D/V <input type="checkbox"/>	CONTA N.R.O. <input type="checkbox"/>	D/V <input type="checkbox"/>
(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.

*Teresina PE, 15 de maio de 18*  
Local e Data

*+lomficio Luispim de Andrade*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2018

Carta n°: 12999504

A/C: 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

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

