

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 446/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização, entre outros.

⁸ Conselho de Controle de Atividades Financeiras — COAE, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

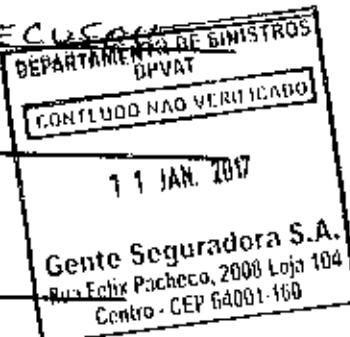
Pelo exposto, eu JOSÉ TAMBUAU OLIVEIRA, portador(a) do RG nº 3350944, expedido por SSP-BA, em 14/11/90, CPE/CNPJ nº 485247515-68, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) FRANCISCO SOARES COSTA, do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima O. MESMO, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusado

Renda Mensal: R\$ RECEBER PARA SINISTROS

Documentos comprobatórios:

Jose Goncalves Oliveira
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIARIO



Declaração do Proprietário do V.

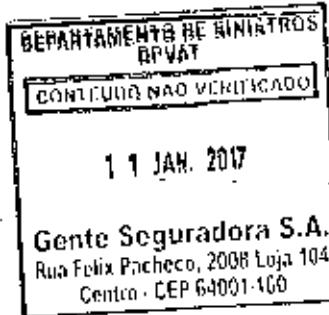


00001

EU, LUIZ PEREIRA DA SILVA

RG nº 479.993 data de expedição 20/3/1937
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 394.839.752-87, com
domicílio na cidade de SÃO MIGUEL DO PIÁUI no Estado de
PIÁUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ALTO DA PICAFREIRA nº 51/N
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima FRANCISCO SOARES COSTA, cujo o condutor era

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA POP 110i
Ano: 2015/2016
Placa: PI-8786
Chassi: 9C2J80100GR002816
Data do Acidente: 07.07.16
Local e Data: _____



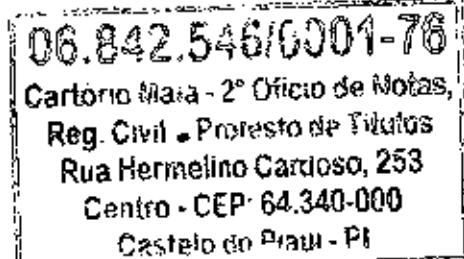
→ Luz Pereira da Silva
Assinatura do Declarante

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

Reconheço a(s) firma(s) Luz Pereira da Silva

Em Testemunho Luz Pereira da Silva da verdade.
Castelo do Piauí-PI 05/08/2016

Luz Pereira da Silva
Assinatura





**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE-SESAPI
HOSPITAL ESTADUAL "JOSE FURTADO DE MENDONÇA"**



EJFM

Consulta de Urgência e/ou Observação

Dados Clínicos: PTA RECENTE alterada (c/ deterioro) mais crônica (de 20 a 30 anos, de PE) — At. hipertensiva, H3 e reumática em MSF (PEC).

Diagnóstico Provável: TRAVELER'S DIARRHEA

Procedimento: Enunciado MTK-K

Códigos:

Data da Consulta: 07/07/06

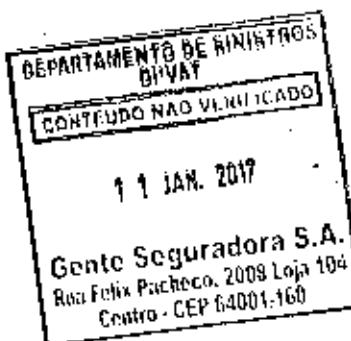
Page: 17 of

Victor Franklin Sonnen

Wipria, Cister. Alum Castan.

Asimetria de Medidas excedentes

OBS.: A Consulta é paga pelo SUS. É Proibido o pagamento de consultas particulares.



EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO



FRANCISCO SOARES COSTA

Nasc.: 20/09/1965 Idade: 50 ANOS, 9 MESES, 18 DIAS Profissão: LAVRADOR

CPF: - RG: 1628893 - SUS: 203977440770004

Civil: OUTROS

CEP: 64330-001

End.: ANTONIO FELIPE DE ARAUJO, 36 -

Bairro: FATIMA

Cidade: SAO MIGUEL DO TAPUIO/PI

IBGE: 2210409 Cor: PARDA

Mãe: ELEDITE SAOARES DE ABREU COSTA

Pai: LUIS RODRIGUES COSTA

Clinica: **CLINICA MEDICA**

Documento: 3113 - ELEDA DE SOUSA SANTOS

Responsável: FRANCISCO SOARES COSTA - O MESMO

119462

Procedimentos

08/07/2016 14:05 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERTOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MEI)

 Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Azul - Não Urgente**Motivo do atendimento:** ACIDENTE DE MOTO**QUEIXA/HISTÓRIA**

PCT. VEIO ENCAMINHADO DE SAO MIGUEL DO TAPUIO, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA PÉ ESQUERDO

OBSERVAÇÃO

NEGA HAS OU DM

SINAIS VITAIS

PA: 150/100 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

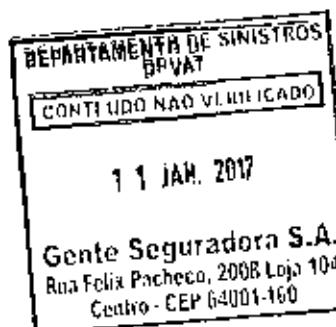
Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

MEDICAÇÃO USUAL**CONDUTA**

AO CLINICO



CEP: 59000-000
SAC 0800-1000-0000-0000-0000
CEP: 06551-062

FRANCISCO SOARES COSTA

Nasc.: 20/09/1965 Idade: 50 ANOS, 9 MESES, 18 DIAS Profissão: LAVRADOR

End.: ANTONIO FELIPE DE ARAUJO, 36

Sexo: FEMININO

IBGE: 2210409 Cor: PARDA Mãe: ELEONOR SOARES DE ABREU COSTA

OPC - 00000000000000000000000000000000

Ordem: 00000000000000000000000000000000

Previsão:

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA

Responsável: FRANCISCO SOARES COSTA - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

PACIENTE

Procedimentos

08/07/2016 14:05 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

08/07/2016 14:23 0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

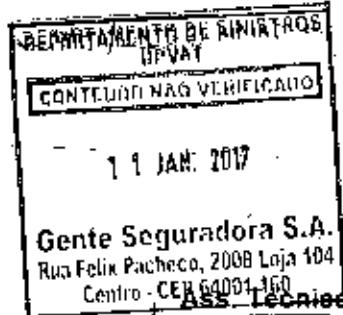
Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:



Ms 1 farras 2 farras 2:3:14:MTT. 8/

Atenc.:

08/07/2016 14:23

Faz BOMA



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS

DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA/ TRANSFERÊNCIA

DATA 03/07/16 HORA _____ N° DO TELEFONE _____HOSPITAL SOLICITANTE HEFPI MUNICÍPIO SLTMÉDICO LUCIA RAIMUNDO SOARES CRM 518

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

 Obstétrica Trauma Clínico Cirúrgico Pediátrico Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome LUCIA RAIMUNDO SOARESIdade 31 anos Sexo Masculino FemininoHDA 11/07/16 DT 11/07/16 LT 11/07/16ESCALA DE GLSGOW: 11

ASERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
3 - Comandos	4 - Confuso	5 - Localiza dor
1 - Nenhuma	2 - Palavras incompreensíveis	3 - Flexão exagerada
		1 - Nenhum.

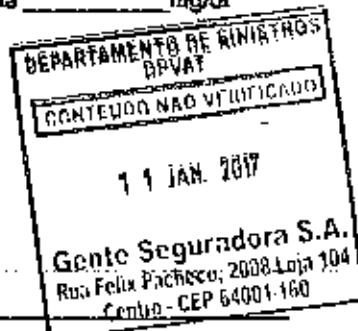
SINAIS VITAIS

Táx 100 P 80 bpm R 16 mm PA 120/80 mmHg S_{PO2} 97 Glicemia 100 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Oxigênio | <input type="checkbox"/> Hidratação venosa |
| <input type="checkbox"/> Aspiração | <input type="checkbox"/> Medicação |
| <input type="checkbox"/> Curativo | <input type="checkbox"/> Outros |

EXAMES REALIZADOS (Enviar cópias)



HOSPITAL DE DESTINO

HOSPITAL HEFPICLÍNICA ONIPÉDIA SENHA 20160700014*Victor Ramil Soares*
MED 20
CRM 518

Assinatura e/ou Carambó do médico

CEC (0158636317-6759) DOWA
Dado

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE-SESAPI
HOSPITAL ESTADUAL "JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA"
RUA COLETOR JOSÉ ARAÚJO, S/N FONE: (68) 3249-1266
SÃO MIGUEL DO TAPUÍO - PI
CNPJ 06.553.564/0007-23



D.R.S.
5^a

MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO TAPUÍO-PIAUI

HOSPITAL ESTADUAL "JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA"
RUA COLETOR JOSÉ ARAÚJO, S/N FONE: (68) 3249-1266

Mês Ano

FOLHA DE ENCAMINHAMENTO

A Unidade:

HEJFM

Para:

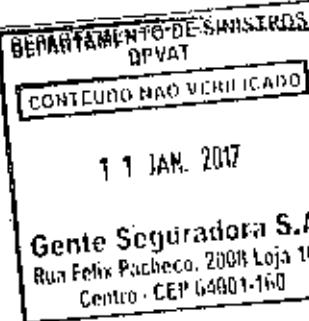
HNCM

Nome do Paciente:

Fábio Henrique

Motivo do Encaminhamento:

Exame de TAC - TC Abdominal - D.G. - Cetoacidose



Observações:

Data 08/07/16

Víctor Ramil Soares
MÉDICO
CRP-PI 5580
Responsável pelo encaminhamento

Obs.: Deve ser Adquirido no Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospitalar Local ou Reg.

FICHA DE RETORNO

Da Unidade:

Para:

Nome do Cliente:

Registro original:

Diagnóstico e Orientação:

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P058359

Registro: 3398

Data: 08/07/2016

Hora: 14:05:0

Funcionario: NAYARA

Tipo: CONSULTA

Senha 41

Sexo: MASCULINO

SUS**FRANCISCO SOARES COSTA**

Nasc.: 20/09/1965 Idade: 50 ANOS, 9 MESES, 18 DIAS Profissão: LAVRADOR

End.: ANTONIO FELIPE DE ARAUJO, 36 -

Bairro: FATIMA

Civil: OUTROS

IBGE: 2210409 Cor: PARDA

Mãe: ELEDITE SAOARES DE ABREU COSTA

Cidade: SAO MIGUEL DO TAPUIO/PI

Pai: LUIS RODRIGUES COSTA

Clinica: **CLINICA MEDICA**

Documento: 3113 - ELEDA DE SOUSA SANTOS

Responsavel: FRANCISCO SOARES COSTA - O MESMO

119462

Procedimentos

08/07/2016 14:05 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EX: FONOTERAPIA, METABOLISMO, ETC)

 Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Azul - Não Urgente**Motivo do atendimento:** ACIDENTE DE MOTO**QUEIXA/HISTÓRIA**

PCT. VEIO ENCAMINHADO DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA PÉ ESQUERDO

OBSERVAÇÃONEGA HAS OU DM**SINAIS VITAIS**

PA: 150/100 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

MEDICAÇÃO USUAL

Francisco Soares Costa

Responsavel: FRANCISCO SOARES COSTA

*ELDA de SOUSA SANTOS
ENFERMEIRA
119462*

119462 - ELEDA DE SOUSA SANTOS

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE-SESAPI
HOSPITAL ESTADUAL "JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA"
RUA COLETOR JOSÉ ARAÚJO, S/N FONE: (86) 3249-1286
SÃO MIGUEL DO TAPUÍO - PI
CNPJ 06.563.564/0007-23



D.R.S.

MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO TAPUÍO-PIAUÍ

HOSPITAL ESTADUAL "JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA"
RUA COLETOR JOSÉ ARAÚJO, S/N. FONE: (86) 3249-1286

Mês Ano

FOLHA DE ENCAMINHAMENTO

A Unidade:

HEJFM

Para:
HNCMA

Nome da Pessoa Encaminhada

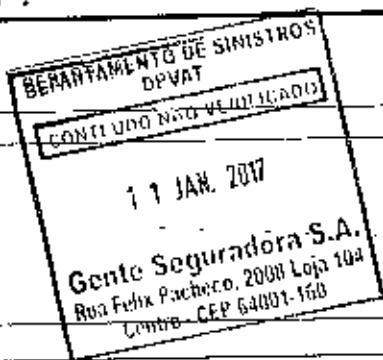
PRANURO SOARES COIM

Registro

Motivo do Encaminhamento:

PCT 51 Anos, Névoa Flutuante Prolongada - APACULHIMA
Fenômeno em II, III e IV Meningismo (consp.) do AE (E). Doloroso, curativo.
Sulco Alveolar do curvado.

MAMONOCIN



Observações

Data 08/09/16

Victor Ramil Soares
MÉDICO
CR. PI 5580

Responsável pelo encaminhamento

Obs.: Deve ser Adquirido no Centro
de Saúde, Unidade Mista e
Hospitais Local ou Reg.

FICHA DE RETORNO

Da Unidade:

Para:

Nome do Cliente:

Registro original:

Diagnóstico e Orientação:

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS

DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA TRANSFERÊNCIA

DATA 18/01/16 HORA 10:00 N° DO FONE 1000000000

HOSPITAL SOLICITANTE Hejmu MUNICÍPIO SMT
MÉDICO Victor Ramil Soares CRM 5180

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

Obstetrícia Trauma Clínico Cirúrgico Pediátrico Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Francklin Roberto Corrêa Idade 51 anos Sexo Masculino Feminino

RPA 411 PRA 10 DE II ID 111 LLET 100 RIO PÉ E
Poulini - Acidente - Quase bateu

ESCALA DE GLSGOW: 13

ABERTURA OCULAR

Comandos

Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

Confuso

Palavras incompreensíveis

RESPOSTA MOTORA

Localiza dor

Físico anormal

Nenhum

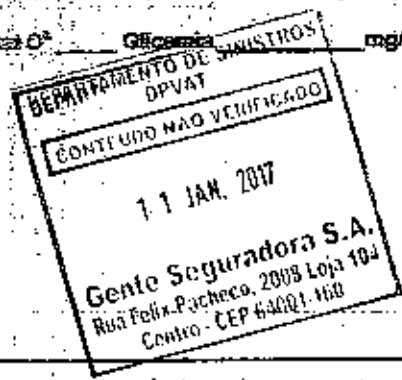
SINAIS VITais

Tax 36 °C P 120 bpm R 16 min PA 120/80 mmHg S_{PO2} 96 % Glucose 110 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- Oxigênio Hidratação venosa
 Aspiração Medicicação
 Curativo Outros

EXAMES REALIZADOS (Enviar cópias)



HOSPITAL DE DESTINO

HOSPITAL Hejmu

CLÍNICA Europeia SENHA 201607080048

Victor Ramil Soares
Médico
Cirurgião

Assinatura e Cartinhe do médico

MINISTÉRIO DA FAZENDA
RECEITA FEDERAL
DEPARTAMENTO DE CADASTRO
DE PESSOAS FÍSICAS



Francisco Soares Costa

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1.628.893
DATA DE EXPEDIÇÃO	11/Jun/1996
NOME: FRANCISCO SOARES COSTA	
FILHOS: Luis Rodrigues Costa	
Elenite Soares de Abreu Costa	
NATURAL: S. Miguel d/Tapuio-PI 20/Set/1965	
LUGAR DE NASCIMENTO: Nascimento, 2.882-fls, 171-liv, A-34 exp	
S. M. do Tapuio-PI, 12/9/95-C. 2º Ofício	
LEI N.º 1.18 DE 29/08/83	



400128

Autorização de pagamento

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

221.415.103-68

Nome

FRANCISCO SOARES COSTA

Nascimento
20/09/1965

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

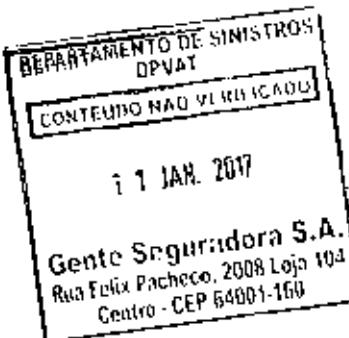
CÓDIGO DE CONTROLE

7A91.50B1.2CF8.1E0E

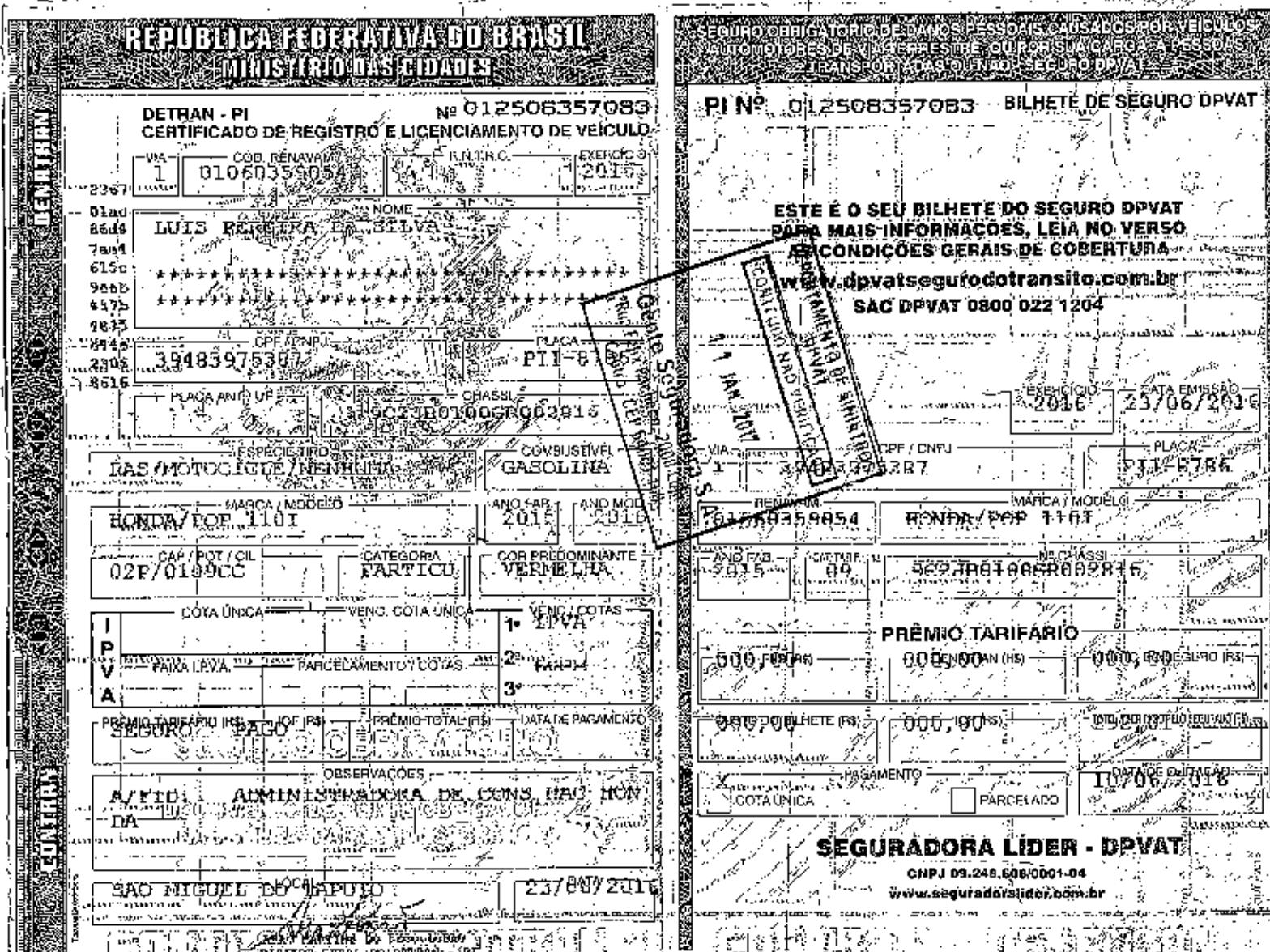
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:37:08 do dia 14/03/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

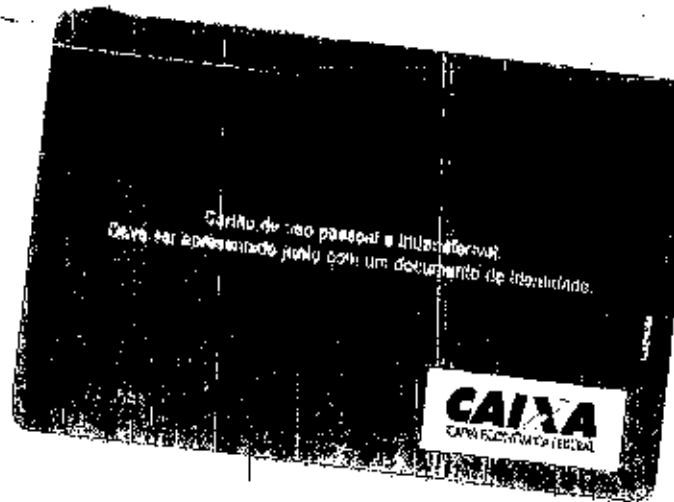
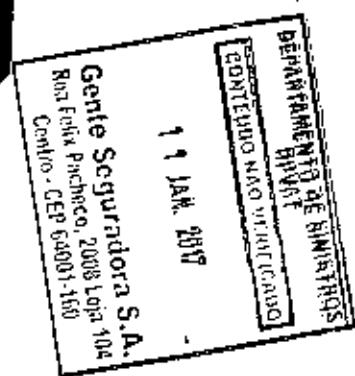
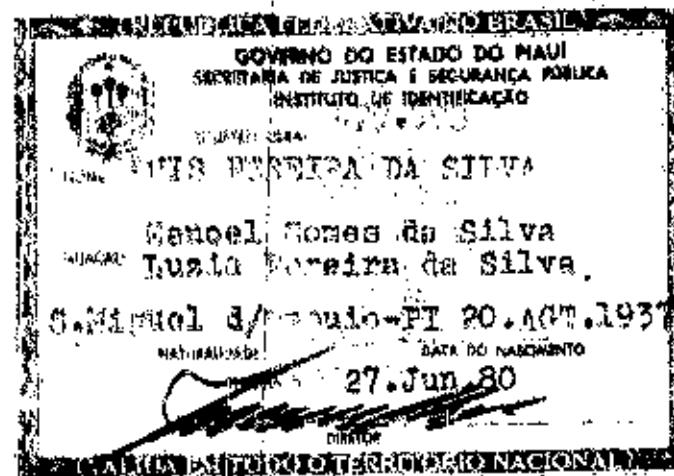
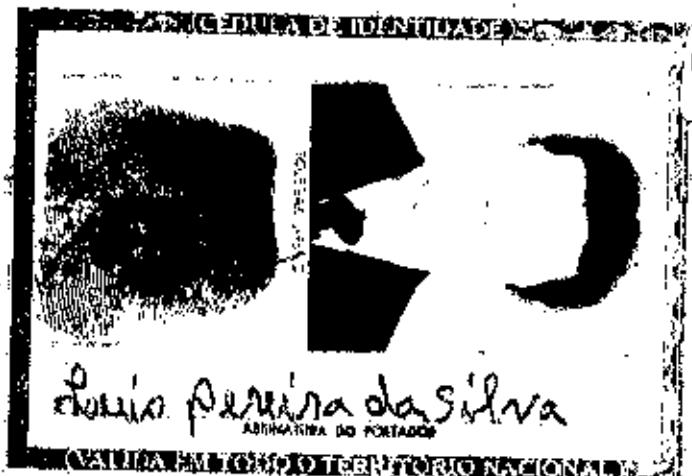






2º OFÍCIO DE NOTA E REG. CIVIL
CASTELO DO PIAUÍ-CNPJ: 06.842.546/0001-76
Autentico para os devidos fins que a
presente fotocópia é a representação
fiel do documento apresentado
(Decre. lei n° 2.148 de 25.04.1949) (1949)

Autenticação
MANOEL 034254
189





142449-5

687915561

CONSORZIO AUTOSTRADE DEL GOLFO
Via Morenhlo 759 - Centocelle - Roma

JUNHO/2016 01/07/2016 49 28,64

LUIS PEREIRA DA SILVA
LC ALTO DA PICARREIRA S/N B-RURAL
CPF: 00039483975387
CEP: 64.000-000 - ASSUNCAO DO PIAUI ROT: 138 035.16.91.01607

Customer	Order No.	Order Date
Archi	1800	25/06/2016
Archi	1831	24/05/2016
Archi	1,000	25/07/2016
Archi	49	25/06/2016
Archi	49	25/06/2016
Archi	FCAH	25/06/2016
NORMAL		

RESIDENCIAL **MORO** **A1306/77** **1.1.1.1** **430813**

— 10 —

MAR/16	46	CONTRIBUICAO - 42 X 10 - 0,400002	22,00
ABR/16	56	CONTRIBUICAO - ELTRINACAO-PUB. (COSIP)	5,39
MAR/16	45	MULTA POR ATRASO 05/16-00	0,42
FEV/16	45		
JAN/16	47		
DEZ/15	50		
NOV/15	49		
OUT/15	54		
SET/15	49		
AGO/15	38		
DARIA SEM TRIBUTOS:			
0 A 43 - 0,435076			

OBRAÇA DO SERVIÇO DE TERCERIZADO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA, A QUALQUER TEMPO, EM MOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKÁ, DIRIGA-SE AO SUS Pardibens! Até o dia 24/06/2016, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consorciada.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 JAN. 2017

Gente Seguradora S.A.
Rui Felix Pacheco, 20008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160

4129-4687-20CA-3350 0700 3800 2400 0555

Wert	Wert	Wert
0,00	7,97	0,00
0,00	10,85	0,00
0,00	1,00	0,00
0,00	2,34	0,00
0,00	1,27	0,22
		1,05

7,66 15,32 30,65 3,73 7,47 14,95 4,31
0,00 0,00 0,00

— CAMPO_MAT00 — 07/07/2016 — 04/2016 — 13:38

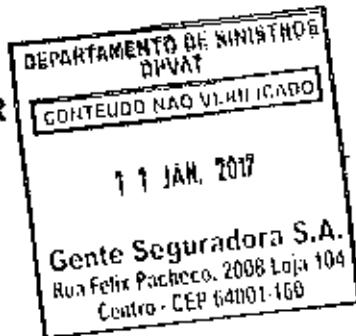
CHEQUE LISTE DE DOCUMENTOS DPVAT

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

- BOLETIM DE OCORRÊNCIA
 CERTIÃO DE CASAMENTO
 CERTIDÃO DE NASCIMENTO
 COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO
 DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML
 DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEICULO
 DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR
 DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO
 DUT
 LAUDO DE LESÕES CORPORAIS
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
 COMPROVANTE DA CONTA POUPANÇA OU CORRENTE
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
 CERTIDÃO DE ÓBTO
 DECLARAÇÃO DE ÚNICO HERDEIROS

RELAÇÃO DO PROCURADOR

- ANEXO II
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
 DOC. DE IDENTIFICAÇÃO
 PROCURAÇÃO



RODRIGO DAUSTIMA FRANCISCO SOARES COSTA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170033591 **Cidade:** São Miguel do Tapuio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SOARES COSTA **Data do acidente:** 07/07/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/02/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DO PÉ ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PÉ ESQUERDOS

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das INVALIDEZ PARCIAL / PÉ ESQUERDOS: 50% DE 50%

sequelas:

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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

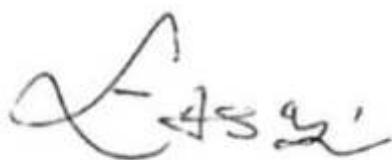
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170033591 **Cidade:** São Miguel do Tapuio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SOARES COSTA **Data do acidente:** 07/07/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 2º, 3º E 4º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DOS PODODÁCTILOS 2º, 3º E 4º.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO.
SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/02/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

UF do CRM do médico: PI

DANOS

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)



OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO SOARES COSTA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: OUTROS
Identidade: 1628 893
CPF: 223 415 105-68
Profissão: LAVRADOR
Endereço: R. ANTônIO FELIPE DE AGUIAR
CEP: 64.330-000
Telefone: 11

OUTORGADO:

Nome: JOSÉ TANAIQUE ALVES
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 33 509 411
CPF: 48 524 7515-68
Profissão: COMERCIANTE
Endereço: AV. ANTÔNIO ALVES FREIRE
CEP: 64.340-000
Telefone: (61) 9 9998 5732

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: FRANCISCO SOARES COSTA

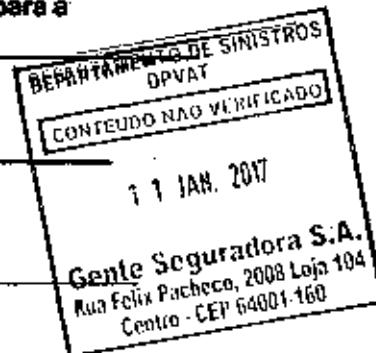
Castelo do Piauí - 14-12-2016

Local e data

Francisco Soares Costa

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

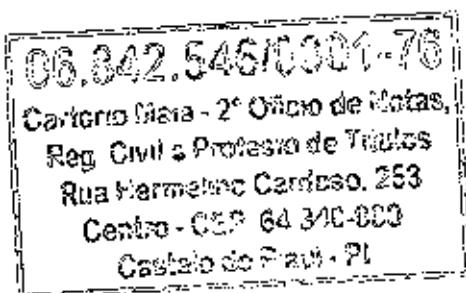


Reconheço a(s) firma(s) autentica
Francisco Soares Costa

Em Testemunho P. da verdade.
Castelo do Piauí - PI 16/12/2016

Francisco Soares Costa

2º Tabelia



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2017

Carta n°: 10357644

A/C: FRANCISCO SOARES COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170033591 ASL-0016238/17

Vitima: FRANCISCO SOARES COSTA

Data Acidente: 07/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE TAMBUQUE OLIVEIRA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/07/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10357793

A/C: FRANCISCO SOARES COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170033591 ASL-0016238/17

Vitima: FRANCISCO SOARES COSTA

Data Acidente: 07/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE TAMBUQUE OLIVEIRA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10490059

A/C: FRANCISCO SOARES COSTA

Sinistro: 3170033591 ASL-0016238/17
Vítima: FRANCISCO SOARES COSTA
Data Acidente: 07/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE TAMBUQUE OLIVEIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2017

Carta n°: 10576045

A/C: FRANCISCO SOARES COSTA

Sinistro: 3170033591 ASL-0016238/17
Vitima: FRANCISCO SOARES COSTA
Data Acidente: 07/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE TAMBUQUE OLIVEIRA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: FRANCISCO SOARES COSTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001141-X

Conta: 0000016570-0

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREMI

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização e, ~~destinatário~~ **destinatário** do OPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

BY FRANCISCO SOARES COSTA

PORTADOR(A) DO RG NP 1.628.893

EXPERIMENTAL DESIGN

גניזה

جعفر بن محبث

CPF 223416103-68 /ONPJ , PROFISSÃO: _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*). NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REIMBOLSO DO
SEGURADO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ARABIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos estabelecem retenções e não devem, de forma alguma, ser cancelados.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritas à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TOPSOS OS PONTOS).

Nº da BANCO Nº da AGENCIA (com dígitos, se existir) Nº da CLINTA (com dígitos, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POLIPANCA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL, ECAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

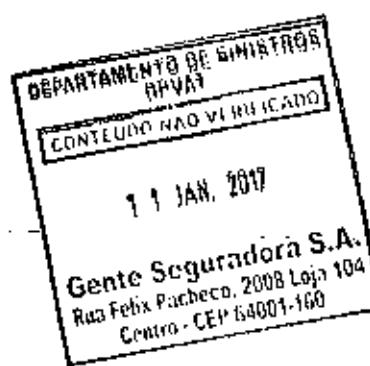
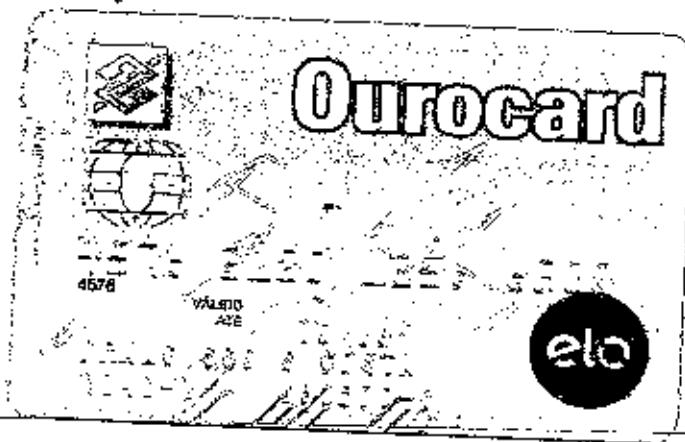
Nº da BANCO _____ N.º da AGENCIA (com dígitos, se necessário) _____ N.º da CONTA (com dígitos, se necessário) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DEACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO OITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

CASTELLO 15 SEPTEMBER 1966

Local G Data

www.elsevier.com/locate/jmp





Nº DO SINISTRO 3170033591

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO SOARES COSTA

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.608 893 EXPEDIDO POR SSP - RJ EM 27/03/2006
 CPF 00000000000000000000 / CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO RECUSOU
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RECUSOU, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Benefício ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de seguro);
Carteira Segurado (como documento
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160 da REITÁ FEDERAL
- CPF do beneficiário/vítima Inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da REITÁ FEDERAL www.reitafazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scannet colorida, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 3333 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3445 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 36 575 - 5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

CASTELO 26 de JANUÁRIO de 2027 Francisco Soares Costa
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

• O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

• Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Banco Postal

ret. Depósito em Conta Corrente

Agencia: 3430071-AC CASTELO DO PIAUÍ
Terminal: 99351177 Id. Ipx: 3848
Nro Aut: 165843 Data: 25/01/2017
Data: 26/01/2017 Hora: 16:58
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL
575781368
SAC: 0000-729 872
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

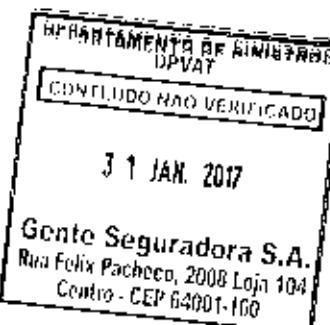
CLIENTE: FRANCISCO SOARES COSTA
AGÊNCIA: 1141-X CONTA: 16.578-0
DATA: 26/01/2017
NR. DOCUMENTO: 57.578-013.888.301
VALOR DEVIDO: 0,00
VALOR TOTAL: 0,00
NR. AUTENTICADA: R. 240, F. 2, A. 709, 444. FF2

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTIDO NAO VERIFICADO

31 JAN. 2017

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Francisco Soares Costa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Felipe de Araujo, 36
Urbano São Miguel do Tapuio PI CEP: 64330-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1628093

Data local do exame: [14/02/2017] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO 2, 3 E 4 MTATARSO DO PE ESQUERDO

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DOS PODODACTILOS 2,3 E 4.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

Sim Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

Sim Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISMO DIA 08-07-16 LEVANDO A FRATURA DE POLIDACTILOS SENDO REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR.

Data da alta: 08-8-16

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO

Complicações: VIDE ACIMA

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

Sim Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DOS POLIDACTILOS COM DOR EM PÉ AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DOS PODODACTILOS 2,3 E 4.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

"Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Frederico Soares de Oliveira
Frederico F Oliveira
Cardiologista Clín. Médica
CRM-PI 5953

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, FRANCISCO SOARES COSTA, portador da carteira de identidade nº 3.628.893 e inscrito no CPF/MF sob o nº 221.415.303-68, residente e domiciliado na ANTONIO FELIPE 106 ARRUDA, Cidade SÃO MIGUEL TAPUÍ, Estado PIAUÍ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

francisco soares costa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



SÃO MIGUEL DO TAPUÍ-PI. 14.12.2016

Local e data



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE-SESAPI
HOSPITAL ESTADUAL "JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA"
CNPJ. 01.563-564/0007-10
RUA. COLETOR JOSÉ APARECIDA, S/N-FONE: (86) 3240-1626
São Miguel do Tapuio-Piauí



SUS

HEJFM

Consulta de Urgência e/ou Observação

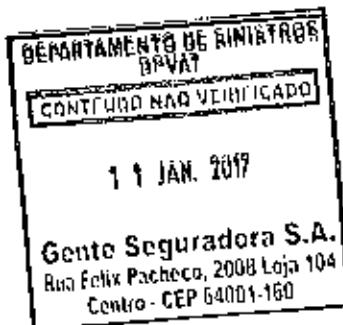
nr. Cartão SUS: 203912749407100916 CPF: 621 415.103-48
Nome: Manoel Soares Costa
Mae: Verde Soares de Oliveira Costa
Data de Nascimento: 20/07/1965 Sexo: M Profissão: Desempregado Tel: 981859870
Endereço: Av. Inf. Felipe de França Bairro: Fazenda
Município: 3. (00)
Dados Clínicos: PT: 15000 ALGEMEIRE C/ dor no pé, dor intensa no lado do pé)
Dor e inchaço em pé (PE)
Diagnóstico Provável: TMOLAR EM PE (E)
Procedimento: Exame no MIO-X
Código: _____
Data da Consulta: 07/07/16 Hora: 17:07

Victor Ramil Soares
MÉDICO
CRMF

Assinatura do Médico e carimbo

Assinatura ou impressão digital do paciente ou responsável

Obs.: A Consulta é paga pelo SUS. É Proibido a cobrança de qualquer taxa



EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO

DATA	Evolução / Prescrição Médica	Horário da Medicação	Relatório de Enfermagem
	03-07-14 / Consulta - TACO - DIA 2, ANO 1 <i>Victor Rumi Sodré MÉDICO CRM-PI 1540</i>		<i>paciente com febre e dor de cabeça. Medicado com paracetamol e repouso.</i>
P.A.:			
T.A.X.:			
Queixa principal:	<i>dores de cabeça</i>		
			Ass. e Carimbo do Enfermeiro
			<i>Carla Alves Gomes Enfermeira COREN-PI 457-291</i>



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: 20/02/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO SOARES COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01141-X

CONTA: 000000016570-0

Nr. da Autenticação 073CF6F8B1F84440

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO SOARES COSTA

RG nº 1628 893, data de expedição 11/01/96 Órgão SSP-PI

CPF nº 221.415.107-68, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que residuo no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua - Antônio FELIPE DE ANAUSO</u>
Número	<u>NE 36</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>URBANO</u>
Cidade	<u>SAO MIGUEL DO TAPYIO - PI</u>
Estado	<u>PIAUÍ - PI</u>
CEP	<u>64.433-009</u>
Telefone de Contato	
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SAO MIGUEL DO TAPYIO - PI - 04.01.2017

Assinatura do Declarante: Francisco Soares Costa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Rondon, 759 - Centro, 64000-000 - Teresina - PI
CNPJ: 06.640.248/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.382-6
Nota Fiscal / Compra de Energia Elétrica - Eletro-PI - Eletro-B-1
Pregão especial de licitação nº 0001/2014-PI

NP da Rota Flora: 000385744

DEZEMBER/2016 21/12/2016 128 57,83

MARIA DO SOCORRO ALVES LIMA
R. ANTONIO FELIPE DE ARAUJO 36 B-URBANO
CPF: 000000001393338
CEP: 06.433-000 - SAO MIGUEL DO TAPUIO RGT: 130.018.01-13.21130

DATA DE REFERÊNCIA	VALOR	DATA DE REFERÊNCIA	VALOR
Até:	11552	Abertura:	14/12/2016
Anterior:	11424	Acumulado:	11/11/2016
Constância de Multiplicador:	1,000	Próxima Leitura:	12/01/2017
Consumo Médio:	128	Entrega:	14/12/2016
Consumo Estimado:	128	Amortização:	14/12/2016

NORMAL 33

RESID. EX. RENDA MONO 4859852 1.4.1.1 100

PERÍODO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
MARÇO/16				
NOV/16	108	CONSUMO	30 A R\$ 0,207114 =	6,21
DEZ/16	91		70 A R\$ 0,355050 =	24,85
SET/16	112		28 A R\$ 0,532576 =	14,91
AGO/16	105	CONT. ILLUMINACAO PUB. (COSIP)		2,83
JUL/16	96	DIFERENCA DE TARIFA		31,30
JUN/16	109	SUBVENCAO BAIXA RENDA		23,38
MAI/16	108	CORRECAO MONETARIA IG 10/16-00		0,07
ABR/16	124	MULTA POR ATRASO 10/16-00		0,66
MAR/16	122	JUROS DE MORA DE IMPO 10/16-00		0,38
FEV/16	120	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,65	
TARIFA SEM IRJ-BUTOS:				
0 A 39 - 0,15462				
31 A 109 - 0,265601				
101 A 128 - 0,379622				

Mes/Ano ... Valor R\$... Unidade consumidora sujeita a suspenção do fornecimento de serviços elétricos a partir do 23/12/2016. O seu pagamento PODE SER PAGADO TANTO COM AVALIAÇÃO DE RISCO, QUANTO SEM AVALIAÇÃO. Nessa sexta-feira o pagamento deve considerar esse aviso.

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA, A QUALQUER MOMENTO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. EXAR/2016. RESERVISTA COMPROVA SEU DEVER APRESENTANDO-SE DE 09 A 15 DEZ/2016.

ISSN 0008-0656 3524, 8996, C329, F3E8, 08B6, 918C, F064, 9223

Producción	20,94	Venta Géneros	77,27
Energía	25,68	Alquiler IOMS	20,00%
Transmisiones	3,09	Ventas IOMS	15,45
Entregas	7,99	Ventas FG	0,73
Impuestos	19,57	Ventas CEPES	3,39

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VIGENTE
11 JAN. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 66001-160

Eletrobras 0564752-5 57,83

SEQ.: 00289 UC: 0564752-5 DT.LEIT.: 14/12/2016 T.ENTR.: 03
LEITURA: 11552 NORMAL TOTAL: 57,83 CARGA: 001
DT.VENC.: 21/12/2016 IPREG.: 0000 COLETORE: 0001



ପାତା ଲାଗିଥାଏ କିମ୍ବା
କିମ୍ବାକିମ୍ବା କିମ୍ବାକିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବାକିମ୍ବା

0438486-8

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP 65010-000 - Fone: (86) 3213-3893-9
Hósp. Eletro 1 - Cep 65010-040 - Fone: (86) 3213-8042-3
Horário de atendimento ao cliente: das 08h às 18h
(exceto feriados e dias de greve)

NOVEMBRO/2016 22/11/2016

A fonte fundada Enegás (1993) - TSEF foi criada em 16/07/1993 (nº 26.000) em 2003.

NOVEMBRO/2016 22/11/2016

42 25,82

JOSE TAMBUIQUE OLIVEIRA
AV ANTONINO FREIRE 570 198 CENTRO
CPF: 00048524751568

80T-131.017.09.56.21340

CEP: 64.340-000 - CASTELO DO PIAUÍ	14/11/2016
Último Relatório	14/11/2016
Atual:	13/10/2016
Anterior:	15/12/2016
Próxima Leitura:	14/11/2016
Emissão:	14/11/2016
Apresentação:	14/11/2016
Consumo Início:	3163
Ausat:	3121
Anterior:	1.060
Consumo de Multiplicador:	42
Consumo Médio:	42
Consumo Fatura dx:	42
	FCAM
	32

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumida + subida à sussega de fornecimento de energia elétrica a partir de 2011/2012, em função das condições climáticas.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN 2017

Gente Seguradora S.A.
Rua Félix Pacheco, 2088 Loja 104
Centro - CEP 64001-160