



## DECLARAÇÃO

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

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 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ TAMBURQUE OLIVEIRA, portador(a) do

RG nº 3350944, expedido por SSP-BA, em

14.11.190, CPF/CNPJ nº 485.247.515-68,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) FRANCISCO SOARES COSTA, do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

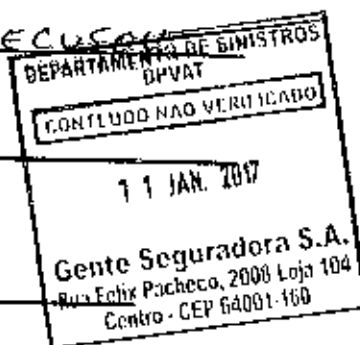
da vítima O MESMO, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

José Tamburque Oliveira  
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





# Declaração do Proprietário do Veículo



0021\*

Outras

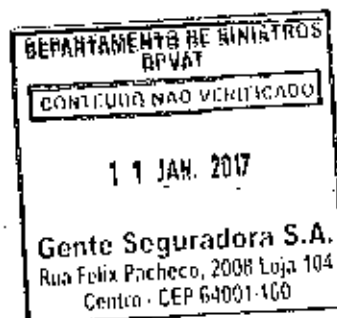
Eu, LUIZ PEREIRA DA SILVA

RG nº 479.993 data de expedição 20/ JUN 1937

Órgão SSP/PI portador do CPF nº 394.839.752-87 com domicílio na cidade de SÃO MIGUEL TAPUTO no Estado de PIAUI onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) ALTO DA PICAREIRA nº 51/N

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 FRANCISCO SOARES COSTA cujo o condutor era

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA/POP 110i  
Ano: 2015/2016  
Placa: PI-8786  
Chassi: GC2JB01006R002816  
Data do Acidente: 07.07.16  
Local e Data: \_\_\_\_\_



→ Luiz Pereira da Silva  
Assinatura do Declarante

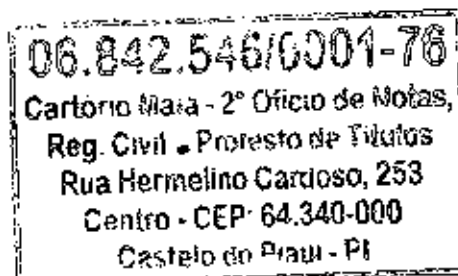
→ Francisco Soares Costa

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

Reconheço a(s) firma(s) da(s) entidade(s)  
Luiz Pereira da Silva

Em Testemunho \_\_\_\_\_ da verdade.  
Carimbo do Piauí-PI 05/08/2016

[Assinatura]  
2ª Tabela







GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SAÚDE - SESAP  
HOSPITAL ESTADUAL - JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA  
CNPJ. 08.553.684/0007-28  
RUA: COLETOR JOSÉ ARAÚJO, S/N-FONE: (86) 3249-1826  
São Miguel do Taperoá, Piauí

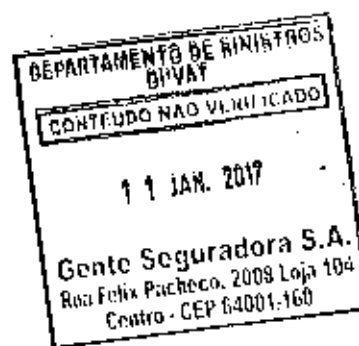
**SUS**

## F.1 FM

**Consulta de Urgência e/ou Observação**

Nº Cartão SUS: 07794000000000000000 CPF: 221.415.103-68  
Nome: FRANCISCO SOARES COSTA  
Mãe: Cleide Soares de Almeida Costa  
Data de Nascimento: 29/09/1965 Sexo: M Profissão: Benfiteiro Tel: 981854870  
Logradouro: Rua Infância do Brasil Bairro: Fatima  
Município: São João del-Rei  
Dados Clínicos: AT RELATO ALUNO DE C/USC (Muito Unico em caso de PE) - AT SARCOPENIA  
DO E PERMANECER EM USE (PEE).  
Diagnóstico Provável: TUBERCULOSE EM PE (E)  
Procedimento: Exame de Urina-X  
Código:  
Data da Consulta: 07/07/16 Hora: 17:07  
Assinatura do Médico e carimbo  
*[Carimbo: Victor Ramalho Soares, MECE, CRM-MG 5580]*  
*[Assinatura: Victor Ramalho Soares]*

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





### EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO

[illegible]



**HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR**

CONTORNO,

SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642

(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

**Ficha de Atendimento (Acolhimento)**

Atendimento: P058359

Data: 08/07/2016

Funcionario: NAYARA

Registro: 33987

Hora: 14:05:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

**Senha 41****SUS****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 SOARES DE ABREU COSTA

Pai: LUIS RODRIGUES COSTA

Clínica: **CLINICA MEDICA** Documento: 3113 - ELDA DE SOUSA SANTOS

Responsável: FRANCISCO SOARES COSTA - O MESMO

119462

**Procedimentos**

08/07/2016 14:05 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO 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 SÃO MIGUEL DO TAPUIO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA PÉ ESQUERDO

**OBSERVAÇÃO**

NEGA HAS OU DM

**SINAIS VITAIS**

PA: 150/100 mmHg

TAX: 0ºc

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

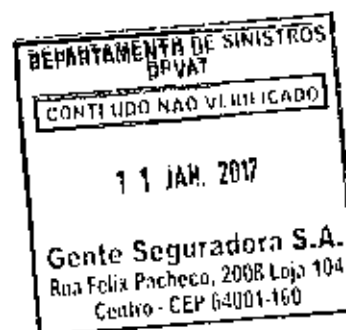
Peso: 0 kg

**ALERGIAS**

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

**MEDICAÇÃO USUAL****CONDUTA**

AO CLINICO



Responsável: FRANCISCO SOARES COSTA

119462 - ELDA DE SOUSA SANTOS



~~SECRET~~ ~~CONFIDENTIAL~~ - ~~CONFIDENTIAL~~ ~~SECRET~~

**FRANCISCO SOARES COSTA**

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

End.:ANTONIO FELIPE DE ARAUJO, 36 -

DATE: 6/2/94

IBGE: 2210409 Cor: PARDA Mãe: ELEDITE SAOARES DE ABREU COSTA

**THE FINE PRINT**

Clinica: **CLINICA MEDICA**      Documento: 3113 · SALMO NELD OLIVEIRA LIMA

Responsavel: FRANCISCO SOARES COSTA - O MESMO

Temp.: 0°C

 $P=59.04\%$ 

2000年12月

## Procedimientos

08/07/2016 14:05	0301010048	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO MEDIC
------------------	------------	--

08/07/2016 14:23	0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
------------------	------------	--

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

**Queixa principal:** ACIDENTE DE MOTO

**Exame clínico/físico:**

**Diagnostico provavel:**

**Medicação:**

**Procedimentos/exames realizados:**

DEPARTAMENTO DE ANISTIAS  
UPVAT  
CONTENIDO NA VERIFICADO  
11 JAN. 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 200B Loja 10A  
Centro - CEP 64091-160  
Ass. Técnica

Res / Issues / FEAR. 2: 3: 4: MTT. S /  
 Azur.  
 Q2: 40 million / 1000.  
 1000 BODA.





## 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 03-01-16 HORA N° DO TELEFONE

HOSPITAL SOLICITANTE HEGEM MUNICÍPIO SBT

MÉDICO LUCAS NAIMES SOARES CRM 5131

## NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

☐ Obstetria ☒ Trauma ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Outro

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome

Idade anos Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

HDA

ESCALA DE GLSGOW:

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
3 - Comandos	4 - Confuso	5 - Localiza dor
1 - Nenhuma	2 - Palavras incompreensíveis	3 - Flexão anormal
		1 - Nenhum

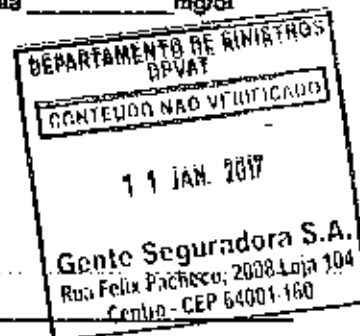
## SINAIS VITAIS

Tax °C P bpm R mm PA mmHg Sat O<sub>2</sub> Glicemia mg/dl

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Oxigênio ☐ Hidratação venosa  
☐ Aspiração ☐ Medicação  
☐ Curativo ☐ Outros

## EXAMES REALIZADOS (Enviar cópias)



## HOSPITAL DE DESTINO

HOSPITAL HEGEM

CLÍNICA ORTOPÉDICA SENHA 2016 076002 15

Victor Ramill Soares  
MÉDICO  
CRM 13380

Assinatura e Carimbo do médico









HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO

AO LUIZ CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

INPI: 06553564000642 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P058359

Data: 08/07/2016.

Funcionario: NAYARA

Registro: 33987

Hora: 14:05:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 41

SUS

FRANCISCO SOARES COSTA

CPF: - RG: 1628893 - SUS: 203977440770004

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

Civil: OUTROS

CEP: 64330-001

d.: ANTONIO FELIPE DE ARAUJO, 36 -

Bairro: FATIMA

Cidade: SAO MIGUEL DO TAPUIO/PI

GE: 22/04/99 Cor: PARDA Mãe: ELEDITE SAOARES DE ABREU COSTA

Pai: LUIS RODRIGUES COSTA

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

Responsável: FRANCISCO SOARES COSTA - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 150/100

### Procedimentos

18/07/2016 14:25 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

18/07/2016 14:23 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Don - 15-08-1965 - 15/08/1965 - 15/08/1965

Exame clínico/físico:

Exame físico

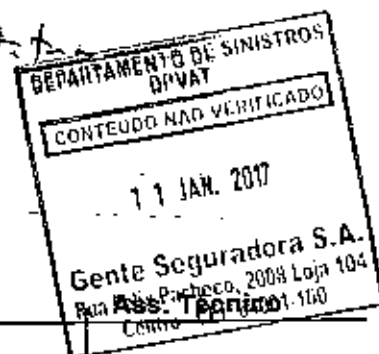
Diagnóstico provável:

Fratura de metacarpo

Medicação:

Paracetamol 500mg

Procedimentos/exames realizados:



Dr. Leocádio Soares  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PI 3113

Exs / Exame 2 F.A.T. 2: 3: 4: MTT. 8/

Docum.

Ex: 1-40 unid. de 100ml

100ml BOTA

Dr. Leocádio Soares  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PI 3113

Francisco Soares Costa



**HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR**

CONTORNO,

SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642

(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

**Ficha de Atendimento (Acolhimento)**

Atendimento: P058359

Data: 08/07/2016

Funcionario: NAYARA

Registro: 3398

Hora: 14:05:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 41

SUS

**FRANCISCO SOARES COSTA**

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

CPF: - RG: 1628893 - SUS: 203977440770004

End.: ANTONIO FELIPE DE ARAUJO, 36 -

Bairro: FATIMA

Civil: OUTROS

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

Cidade: SAO MIGUEL DO TAPUIO/PI

Pai: LUIS RODRIGUES COSTA

Clínica: CLINICA MEDICA

Documento: 3113 - ELDA 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)

☐ 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

**OBSERVAÇÃO**

NEGA HAS OU DM

**SINAIS VITAIS**

PA: 150/100 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

**ALERGIAS**

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

**MEDICAÇÃO USUAL****CONDUTA**

AO CLINICO

*Francisco Soares Costa*

Responsavel: FRANCISCO SOARES COSTA

*Elza de Sousa Santos*  
119462

119462 - ELDA DE SOUSA SANTO





**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 TAPUIO - PI  
CNPJ 06.563.564/0007-23



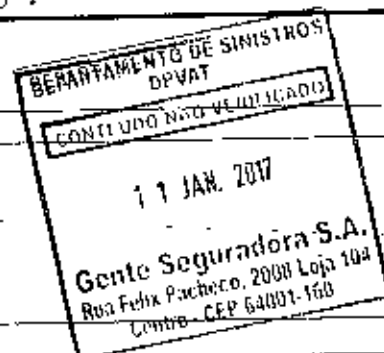
D.R.S.	<b>MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PIAUI</b>	
	<b>HOSPITAL ESTADUAL "JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA"</b> RUA COLETOR JOSÉ ARAÚJO, S/N. FONE: (86) 3249-1286	Mês _____ Ano _____

## FOLHA DE ENCAMINHAMENTO

A Unidade:	HEJFM	Para:	Unica
Nome da Pessoa Encaminhada	FRANCISCO RODRIGUES COSTA	Registro	

Motivo do Encaminhamento: POR 54 ANOS, NEUROLOGIA, APARELHO  
FALANDO EM II, III e IV MEMBRANAS DO PÉ (E). COMITENTE, QUELHADO.  
FOLHA ADJUNTA DO OUTRO LADO.

TRANSMISSÃO



Observações

Data 08/07/16

Victor Romil Soares  
MÉDICO  
CRM-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:	





## 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 05.16 HORA N° DO TELEFONE

HOSPITAL SOLICITANTE HEJFM MUNICIPIO SMT

MÉDICO VICTOR RAMIL SOARES CRM ST80

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

☐ Obstetria ☒ Trauma ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome FERNANDO ROBERTO CORREIA

Idade 51 anos Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

RUA RT (1) PARANÁ DE II, III E IV URBANISMO DO PE (E).

Roulo sempre curto PE

ESCALA DE GLSGOW: (15)

ABERTURA OCULAR

☒ Comandos☐ Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

☐ Confuso☐ Palavras incompreensíveis

RESPOSTA MOTORA

☐ Localiza dor☐ Flexão anormal☐ Nenhum

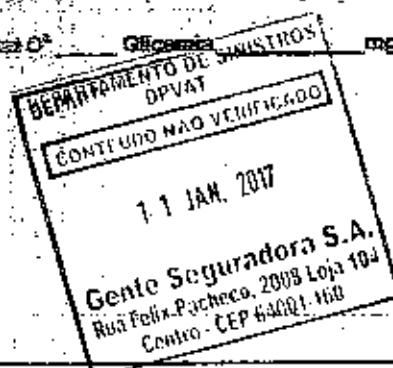
SINAIS VITAIS

Tax °C P bpm R min PA mmHg SPO2 Glicemia mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Oxigênio ☐ Hidratação venosa  
☐ Aspiração ☐ Medicação  
☐ Curativo ☐ Outros

EXAMES REALIZADOS (Enviar cópias)



HOSPITAL DE DESTINO

HOSPITAL HEJFM

CLÍNICA ORTOPEDIA

SENHA 201607080048

Victor Ramil Soares  
MÉDICO  
CRM 7380

Assinatura e Carimbo do médico



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



FRANCISCO SOARES COSTA

037 0306 CARTeira de Identidade

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.628.893 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/Jan/1996

NOME FRANCISCO SOARES COSTA

FILIAÇÃO Luis Rodrigues Costa

Elenita Soares de Abreu Costa

NATURALIDADE S. Miguel d/Tapuiá-PI 20/Set/1965

COC ORDEM Nascimento, 2.882-fls, 171-liv, A-34 exp S.M. do Tapuiá-PI, 12/9/95-C.2º Ofício

Assinatura de Francisco Soares Costa

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83



Autenticação de impressão

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

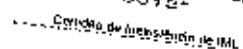
A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 08:37:06 do dia 14/03/2014 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
11 JAN. 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160





DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
11 JAN. 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2088 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160





Complemento de registro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012508357083  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.U.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01060355054		2016
NOME			
LUIS REBEIRA DA SILVA			
CPF / CNPJ			
39485975387			
PLACA			
PII-8			
CHASSI			
582AB61006R002816			
PLACA ANT. UP			
CHASSI			
582AB61006R002816			

ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL
MOTOCICLETA / BEMOVIL	GASOLINA
MARCA / MODELO	ANO FAB. / ANO MOD.
HONDA / POP 110I	2015 / 2016
CAP. POT. / CIL	CATEGORIA
02P/0109CC	FARTICU
COR PREDOMINANTE	
VERMELHA	

DOTA UNICA	VENG. COTA UNICA	VENG. COTAS
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
0	0	0

PREMIO TARIFARIO (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
000,00	000,00	10/06/2016

OBSERVAÇÕES
A/FID: ADMINISTRADORA DE CONS. MAC. HONDA

SAO MIGUEL DO LAPAO	23/06/2016
---------------------	------------

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS PARA VEICULOS AUTOMOTORES DE INCLUSIVE DE CUPOM SUACARGO A PESSOAS E TRANSPORTACAO DE CARGA E PESSOAS

PI Nº 012508357083 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	23/06/2016
VIA	CPF / CNPJ
1	39485975387
PLACA	
PII-8	

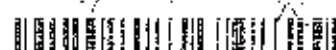
RENAVAM	MARCA / MODELO
01060355054	HONDA / POP 110I
ANO FAB.	ANO MOD.
2015	2016
CATEG.	CHASSI
09	582AB61006R002816

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
000,00	000,00	10/06/2016

PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
000,00	10/06/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04  
www.seguradoralider.com.br



CARTORIO MAIA  
2º OFICIO DE NOTAS E REG. CIVIL

CASTELO DO PIAUI - CNPJ: 06.842.566/0001-76

Autentico para os devidos fins que a

presente fotocópia e a apresentação

fiel do documento apresentado

(Decre. Lei nº 2.148 de 25.04.1940)


Castelo do Piaui - PI, 10/06/2016



Selo de Fiscalização  
Autenticação  
Data de Emissão  
03/07/2016  
189



SECRETARIA DE IDENTIDADE



**Luis Pereira da Silva**  
ADMINISTRADOR PORTUÁRIO

CARTEIRA DE IDENTIDADE NACIONAL



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

**LUIS PEREIRA DA SILVA**

Nome: Manoel Gomes da Silva  
Matrícula: Luíza Pereira da Silva

C. Nacional 3/1000-PI 20.AGT.1937  
NATURALIDADE: DATA DO NASCIMENTO: 27.Jun.80


CARTEIRA DE IDENTIDADE NACIONAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

194.839.753-87

000.000.000-00



Cartão de não passaporte e identificação.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

**CAIXA**  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE BENS  
BENS  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2017

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





000315561

JUNIO/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

Year	1990	25/08/2016
Year	1991	24/05/2016
Year	1,000	25/07/2016
Year	49	25/06/2016
Year	49	25/06/2016
Year	49	25/06/2016

Class/Subclass	Length	Country of Origin	Days	Category	Notes (3 max)
RESIDENCIAL	MONO	A1306777		1.1.1.1	46

MAY/16	48	CONSUMO	49 A 45 - 0.488662	22.83
ABR/16	56	CONTR. ELIMINACAO P.B. (CCOSIP)		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			
TARIFA 504 TRIBUTOS:				
9 A 49 - 0.438276				

A cobrança do serviço de Terceiro Incluída em sua fatura pode ser cancelada, a qualquer tempo, em nossos canais de atendimento. Em caso de sintomas da Dengue, Chikungunya ou Zika, dirija-se ao SUS. Parabéns! Até o dia 14/06/2016, não constatamos 2 adultos vencidos nessa Unidade Consumidora.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
11 JAN. 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

4120.46H2.20CA.335D.0009.388C.2ACA.B555

7,37	
10,85	
1,00	
2,34	
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

CAMP MATHS 04/2016 13.38



**CHEQUE LISTE DE DOCUMENTOS DPVAT**

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS**

20090130 E 7

- ☒ BOLETIM DE OCORRÊNCIA
- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO
- ☐ CERTIDÃO DE NASCIMENTO
- ☐ COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO
- ☒ DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMIL
- ☒ DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO
- ☒ 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 ÓBITO
- ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICO HERDEIROS

**RELAÇÃO DO PROCURADOR**

- ☒ ANEXO II
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- ☒ DOC. DE IDENTIFICAÇÃO
- ☒ PROCURAÇÃO



NOME DA VÍTIMA: 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 sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / PÉ ESQUERDOS: 50% DE 50%

**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

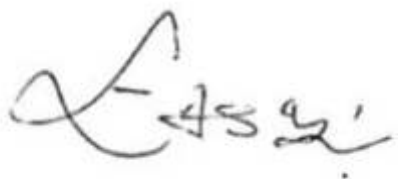
VISÃO MÉDICA LTDA

**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 PE 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)



\*0025\*

Comprovado de ato notarial

## OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO SOARES COSTA  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: OUTROS  
Identidade: 1628 893  
CPF: 223 415 105-68  
Profissão: LAVADOR  
Endereço: R. ANTONIO FETRE DE ARRISJO  
CEP: 64.330-000  
Telefone: 11

## OUTORGADO:

Nome: JOSE TAMARAUE NEUETRA  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: CASADO  
Identidade: 3350944  
CPF: 485247575-68  
Profissão: COMERCIANTE  
Endereço: AV. ANTONIO FETRE  
CEP: 64.340-000  
Telefone: (86) 999985730

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 perda 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

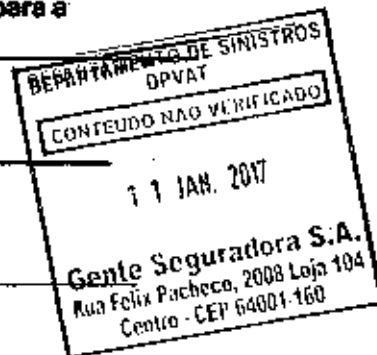
Castelo do Piauí - 14-12-2016

Local e data

FRANCISCO SOARES COSTA

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Reconheço a(s) firma(s) autêntica  
Cartório de Notas

Em Testemunho da da verdade.

Castelo do Piauí - PI 03/01/2017

2ª Tabela



SELO DE AUTENTICAÇÃO  
Nº 069024  
2ª Tabela

06.842.546/0001-76  
Cartório Maria - 2º Ofício de Notas,  
Reg. Civil e Profissão de Tabelas  
Rua Marmelino Cardoso, 253  
Centro - CEP 64.340-000  
Castelo do Piauí - PI



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2017

Carta nº: 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](http://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](http://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](http://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 início 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,

**Seguradora Líder-DPVAT**





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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início 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 nº: 10576045

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENHIDO



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 1.628.893

EXPEDIDO POR SSP/PI

EM 11/Jan/1996 E

CPF 223416103-68 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO \_\_\_\_\_

E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*). NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA \_\_\_\_\_, 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 Seguro do Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o Emissão de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta FOLGANÇA, 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 renova-se a aceitação de proposta de abertura de conta, com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiária.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 007 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3345 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 570-0

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.

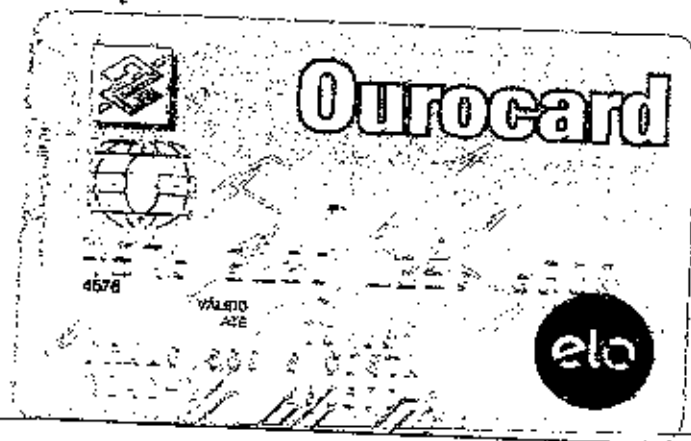
CASTELO, 25 de DEZEMBRO de 2016

LOCAL E DATA

Francisco Soares Costa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO





DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
PRVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
11 JAN, 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160





Nº DO SINISTRO 3770033591 CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

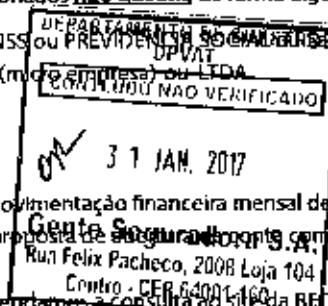
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO SOARES COSTA  
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.628.893 EXPEDIDO POR SSP - PR EM 27/01/2017  
CPF 001455103-68 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO RECUSOU  
E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SI MESMO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2017, 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, Beneficiário 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 depósito com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 0001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3341X Nº da CONTA (com dígito, se existir) 36570-0

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 JANEIRO de 2017 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Banco Postal

em Depósito em Conta Corrente em

Agência: 34300171-AC CASTELO DO PIAUI  
Terminal: 98351177 Id. Inv: 38448  
Nro Aut: 185843 Caixa: 85273184  
Data: 26/01/2017 Hora: 16:58  
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL


5757881388

0381

SAC NO: 8888-729-0722

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: 57.578.813.888.301  
VALOR DINHEIRO:   
VALOR TOTAL: 

NR. AUTENTICAÇÃO: A.240.F.2A.7DS.44A.FF2

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JAN. 2017

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO 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 Vitimas 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?

( X ) Sim ( ) Não

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

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

( X ) Sim ( ) Não

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

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

**PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTA 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 susceptível à qualquer medida terapêutica)?

( X ) Sim ( ) Não

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

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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):

**PÉ - Esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

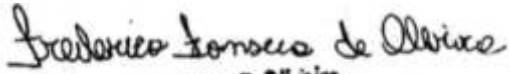
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- 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 F. Oliveira**  
Cardiologia/Clin. Médica  
CRM - PI 5958



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, FRANCISCO SOARES COSTA, portador da carteira de identidade nº 1.628.893 e inscrito no CPF/MF sob o nº 221.415.103-68 residente e domiciliado na ANTÔNIO FELIPE DE ARAÚJO Cidade SÃO MIGUEL TAPUIO, Estado PIAUI, 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

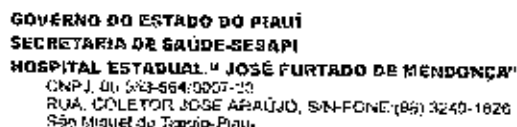
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI. 14.12.2016

Local e data





15US\$



### Consulta de Urgência e/ou Observação

Nº Cartão SUS: 201 415 103 48  
 Nome: Ramon Soares Costa  
 Mãe: Gláucia Soares de Almeida Costa  
 Data de Nascimento: 20/09/1985 Sexo: M Profissão: Operador Tel: 981854870  
 Logradouro: Rua Infância de São Paulo Bairro: Taboão  
 Município: São Paulo  
 Dados Clínicos: F11, URM, AUMENTO / MOTO CICLISTA / MOTO URBANA EM LUGAR DE PÉ / AT. HEMOGLOBINA: 10,1 E HEMATÓCITO EM G/L: 35,1 (AFC)  
 Diagnóstico Provável: TROMBOCITÓPENIA EM PÉ (E)  
 Procedimento: Exame de Urina - X  
 Código:  
 Data da Consulta: 07/07/1987 Hora: 17:07

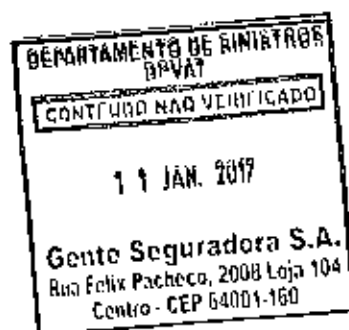
Victor Ramon Soares  
 MÉDICO  
 CRM 15580

Victor Ramil Soares  
MEXICO  
CNPJ 01.5586

Assinatura do Médico e carimbo

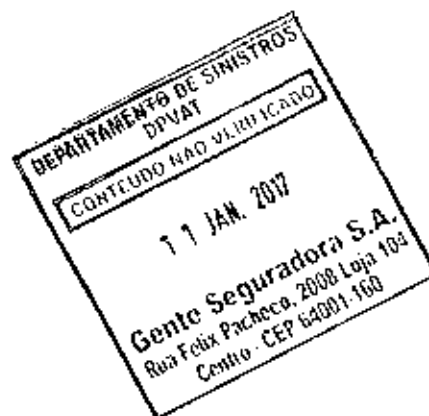
Assinatura ou impressão digital do paciente ou responsável

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





**EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO**

[illegible]



# 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

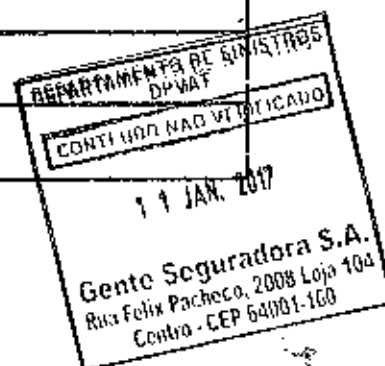


## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO SOARES COSTARG nº 1628893, data de expedição 11/10/196 Órgão SSP-PICPF nº 221.415.107-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residuo no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA-ANTONIO FELIPE DE ARAUJO</u>
Número	<u>Nº 36</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>URBANO</u>
Cidade	<u>SÃO MIGUEL DO TAPIO - PI</u>
Estado	<u>PIAUI - PI</u>
CEP	<u>64.433.009</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SÃO MIGUEL DO TAPIO - PI - 04.01.2017Assinatura do Declarante: Francisco Soares Costa



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

MARIA DO SOCORRO ALVES LIMA  
R. ANTONIO FELIPE DE ARAUJO 36 B-URBANO  
CPF: 00000301393334  
CEP: 06.433-000 - SAO MIGUEL DO TAPUIO ROT: 130.018.08.13.211302

Atual:	11552	Atual:	14/12/2016
Anterior:	11424	Anterior:	11/11/2016
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	12/01/2017
Consumo Medido:	128	Endereço:	14/12/2016
Consumo Faturado:	128	Apresentação:	14/12/2016

NORMAL 33

RESID. BA. RENDA IMONO A869852 1.4.1.1 103

Mês/Ano	Valor R\$	Consumo	Valor R\$
NOV/16	108	30 A R\$ 0,207114 =	6,21
OUT/16	91	70 A R\$ 0,355050 =	24,85
SET/16	112	28 A R\$ 0,532576 =	14,91
AGO/16	105		2,83
JUL/16	96	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	31,30
JUN/16	109	DIFERENÇA DE TARIFA	23,38
MAI/16	108	SUBVENCAO BAIXA RENDA	0,07
ABR/16	104	CORRECAO MONETARIA IG 10/16-00	0,66
MAR/16	122	MULTA POR ATRASO 10/16-00	0,38
FEV/16	120	JUROS DE MORA DE IMPO 10/16-00	0,65
		ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	

Mes/Ano 11/2016 Valor R\$ 44,86  
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 23/12/2016. O não pagamento por 30 dias poderá resultar a inclusão de nome na restrição de crédito, caso não seja efetuado o pagamento favor considerar este aviso.

A COBRANCA DO SERVICO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. EXAR/2016. RESERVISTA, CUMPRA O SEU DEVER APRESENTANDO-SE DE 09 A 16 DEZ/2016

RESUMO ADICION 3524.8996.C329.F3E8.0486.918C.F064.9223

Despesa	20,94	Base da Cobrança	77,27
Consumo	25,68	Adicional ICMS	20,00%
Transmissão	3,09	Valor do ICMS	15,45
Encargos	7,99	Valor do PIS	0,73
Impostos	19,57	Valor do COFINS	3,39

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
11 JAN. 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-100

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

CAMPO MAIOR 10/2016 11,04  
ROT: 130.018.08.13.211302

Eletronbras  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/SUA - Teresina - PI  
CNPJ: 06.802.748/0001-59 | Inscrição Estadual: 19.301.388-5  
Nota Fiscal e Conta de Energia: 000385744 - E-FCAM

836000000000 7 57830017000 3 00000000564 5 75251216008 2



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 IRREG.: 000 COLETOR: 8341





Para contato com o  
Eletrobras, informe  
este número



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64000-000  
Fone: (065) 3101-1000  
Fax: (065) 3101-1001  
E-mail: atendimento@cepepi.com.br  
Site: www.cepepi.com.br

Nº da Nota Fiscal: 003443108

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pelo Decreto 10.432 de 26 de abril de 2007.

NOVEMBRO/2016 22/11/2016 42 25,02

JOSE TAMBQUE OLIVEIRA  
AV ANTONINO FREIRE 570 198 CENTRO  
CPF: 00048524751568  
CEP: 64.340-000 - CASTELO DO PIAUÍ

ROT: 131.017.09.56.21340

Consumo de Energia	3163	Atual:	14/11/2016
Anterior:	3121	Anterior:	13/10/2016
Anterior:	1,000	Próxima Leitura:	15/12/2016
Consumo de Multiplicação:	42	Emissão:	14/11/2016
Consumo Medido:	42	Agendamento:	14/11/2016
Consumo Faturado:	42		

Classificação	Legenda	Número Medidor	Posto	Código Red.	Módulo Transform.
COMERCIAL	MONO	A1483334		3.1.3.1	101

Consumo	42 A R\$ 0,582828 =	24,47
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		0,55
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,27	
Subtotal		25,02
Desconto de Imposto de Renda		
Valor a Pagar		25,02

Mes/Ano 10/2016 Valor R\$ 83,96 Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 29/11/2016, em função das contas em atraso.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTIUDO NAO VERIFICADO  
11 JAN. 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2088 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160