

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	766.667.783-91	Francisco José Trineu de Sousa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
Francisco José Trineu de Sousa	766.667.783-91		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Padeiro	RD 118 LT 10 CS B	118	caso
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Pombal	Teresina	PI	64.027.280
E-mail:	Tel.(DDD):		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0029	CONTA: 299049-	AGÊNCIA:	CONTA:
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a apresentação das lesões apresentadas, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:	Teresina, Piauí 26/02/19
Nome:	
CPF:	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

TESTEMUNHAS	
1º Nome:	
CPF:	
Assinatura	
2º Nome:	
CPF:	
Assinatura	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000781/2019-19

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 25/02/2019 - 15:40

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

BR 316, Nº:

Complemento

Data/Hora

18/09/2018 - 06:05

50 4653

Bairro

BELA VISTA

Ponto de Referência

TERMINAL DE ONIBUS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA (41 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1596921 SSP PI

Mãe: MARIA DAS GRAÇAS IRINEU DE SOUSA

Endereço: QD 118 LOTE 10 CASA B, Nº

Bairro: PROMORAR

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/CG 150 TITAN ES, COR PRETA, PLACA LVV-4558-PI, DE PROPRIEDADE DE JOÃO HENRIQUE DE OLIVEIRA LIMA, QUANDO PAROU EM SEMÁFORO AO LADO DE OUTRA MOTO, E AO ABRIR O SINAL ESTA MOTO FECHOU A VÍTIMA PROVOCANDO A QUEDA DA MESMA, SENDO ESTA SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 488727). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francileude Lima
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Jose Irineu de Sousa
FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA (41 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
26 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	766.667.783-91	Francisco José Trineu de Sousa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Francisco José Trineu de Sousa		766.667.783-91	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Padeiro	QD 1182T10CSB	118	casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Pomboran	Teresina	PI	64.027-280
E-mail:	Tel.(DDD):		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 299049-0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a devida documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Teresina Piauí 26/02/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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: 13/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000299049-0

Nr. da Autenticação C1BFD221932729F3



CTCE FORTALEZA CE PL7
FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA
QD RAIMUNDO PORTELA CS B
QD 118 LT 10 - PROMORAR
64027-280 TERESINA - PI

PC-16



721109423022660000000009230 031218

Fechamento próxima fatura: 08/01/2019

Postagem: 03/12/2018

Vencimento: 13/12/2018

Emissão: 30/11/2018

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	1.049,84
Pagamento efetuado em 09/11/2018	- 1.049,84
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	902,49
Total desta fatura	902,49

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular **FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.9392**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

13/12/2018

A) pagamento total

902,49

B) pagamento mínimo

139,80

C) parcelas fixas

84,08
+23x 84,08

Veja outras opções na 2ª folha

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	33.000,00
Limite utilizado no mês	902,49
Retirada de recursos País(saque)	520,00
Retirada de recursos Exterior(saque)	1.820,00

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Lançamentos: compras e saques

FRANCISCO J I SOUSA (final 9392)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
07/07	ENGEKOPI TERESINA	47,66
24/07	TOC TOC TERESINA	36,34
05/08	CLICKSOPHIA São Paulo	40,95
28/08	TAM SITE SÃO PAULO	112,89
29/09	CARVALHO TERESINA	32,75
04/10	COMIL CARV TERESINA	74,55
17/10	COMIL CARV TERESINA	42,99
01/11	COMIL CARV	75,03

Continue...

Compra presencial com o uso do cartão e senha.

Caso você não pague a fatura integralmente, haverá cobrança de juros sobre as novas compras a partir da data de sua realização até o pagamento total da fatura. Somente as compras lançadas após o pagamento integral da fatura não terão incidência de juros.

recibo do pagador

175/35876502-1

Nosso Número

Valor do documento

Vencimento

R\$ 902,49

13/12/2018

Autenticação Mecânica



Banco Itaú S.A. 341-7

Número do Documento

Nome do Pagador(CPF/CNPJ)

Nome do Beneficiário(CPF/CNPJ)

Endereço do Beneficiário

34191.75355 87650.212043 00173.090002 9 000

00135876502/0004023

FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA - 766.667.783-91

HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69

AV RUI BARBOSA, 251, 1ª A, GRAÇAS - RECIFE - PE

Banco Itaú S.A.

341-7

34191.75355 87650.212043 00173.090002 9 000

Local de Pagamento		Data de Vencimento	
Pague sua fatura nos caixas da Rede Walmart Brasil, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.		13/12/2018	
Nome do Beneficiário/CPF		Agência / Código Beneficiário	
HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69 AV RUI BARBOSA, 251, 1ª A, GRAÇAS - RECIFE - PE		2040/01730-9	
Data do Documento	Número do Documento	Especie DOC	Assinatura
13/12/2018	00135876502/0004023	FT	N
Valor do Documento	Quantidade	Data do Processamento	Nosso Número
R\$ 902,49	175	30/11/2018	175/35876502-1
Instruções de responsabilidade do beneficiário.		(a) Valor do Documento	
Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". De preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) pagar quantia a partir do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (ii) optar por uma das opções de Parcelas Fixas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.		R\$ 902,49	
Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP		DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA - 766.667.783-91 QD RAIMUNDO PORTELA CS B - QD 118 LT 10 - PROMORAR - 64027-280 TERESINA - PI		DPVAT	
Sacador Avalista:		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
		Valor Pago	
		2 6 FEV. 2019	
		GENTE SEGURADORA S.A.	
		Rua Coelho de Resende, 465 Loja C	
		Centro, Norte de 64027-280	

Autenticação Mecânica

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, 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 seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173, 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco José Foinem de Sousa inscrito (a) no CPF sob o nº 766.667.783, 91, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Francisco José Foinem de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o nº 766.667.783, 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso-me Renda: Recuso-me e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso-me

☐ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro Norte</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>.</u>
Email <u>.</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Teresina PE 26 de Fevereiro de 19
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO HENRIQUE DE OLIVEIRA LIMA

RG nº 1.336.837, data de expedição 10/07/18

Órgão SSP, portador do CPF nº 553.685.493-34 com

domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Bairro: Piquineira I RES SATUR Q.02, nº 02

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 Francisca José Dismen de Sousa cujo o condutor era

Francisca José Dismen de Sousa

Veículo: Moto

Modelo: Honda CG 150 Titan

Ano: 2005 2006

Placa: LUV 4558

Chassi: 9C2KC085062811613

Data do Acidente: 18.09.2018

Local e Data: TERESINA - PI 20 FEVEREIRO 2019

Assinatura do Declarante



Francisca José Dismen de Sousa

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

2º Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis - 3ª Circunscrição - Teresina - Piauí
 Endereço: Rua da Paz, 202 - Fone: (085) 3324-2119 e-mail: tce@tcepi.com.br
 Def. Maylene de Oliveira Sousa - Tabelião Interina - Portaria nº 308/2017 - PJP/COJ/EXPCJ/Teresina-Piauí

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOÃO HENRIQUE DE OLIVEIRA LIMA, EM TEST. DA VERDADE, DOU.FE. TERESINA, 20/02/2019
 08:16:24

THANIA MARIA LINHARES BALDOINO - ESCRIVENTE AUTORIZADA
 Empl. RS 3.65 T.J. RS 0.77 MP: RS 0.10 Selo: RS 0.28 Total: RS 4.98
 Portaria nº 150/2017 - P.P. 08/02/2019



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 26 FEV. 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

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.

Número do Sinistro: **3190174445**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Quadra Raimundo Portela, 118, QD 118 LT 10 CS B - Promorar - Teresina - PI - CEP 64027-280

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1596921**

Data e local do acidente: [**18/09/2018**] **BR 316 - BAIRRO BELA VISTA - TERESINA PI**

Data e local do exame: [**09/05/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA COM AVULSÃO DO CONDILO LATERAL DA TÍBIA ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 80º) DO JOELHO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM JANEIRO DE 2019.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

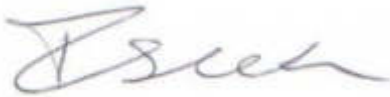
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

RECEBIMOS DE TERESINA HOSPITALAR LTDA. OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO		NF-e Nº 000003661 SÉRIE 001
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE TERESINA HOSPITALAR LTDA. Teresina Hospitalar AV FREI SERAFIM 2170 LOJA 04, - - CENTRO - CEP:64001-020 - TERESINA - PI TEL: (86)3222-6011 - FAX:		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000003661 FL. 1 / 1 SÉRIE 001		 CHAVE DE ACESSO 2218 1005 0524 1600 0177 5500 1000 0036 6110 0036 6170 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DE OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 322180017992414 09/10/2018 08:37:11		CNPJ 05.052.416/0001-77	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 194496392		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.			

DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA		CNPJ / CPF 766.667.783-91		DATA DA EMISSÃO 09/10/2018	
ENDEREÇO QUADRA 118 LOTE 10 CASA B, -		BAIRRO / DISTRITO PROMORAR		CEP 64000-000	
MUNICÍPIO TERESINA		FONE / FAX (69)8836-1730		UF PI	
		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA	

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE CÁLC. ICMS SUBST.		VALOR DO ICMS SUBST.		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
		0,00		0,00		0,00		0,00		200,00	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESP. ACESS.		VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		200,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTE		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ / CPF	
RAZÃO SOCIAL PRÓPRIO CLIENTE - 0001		0 - EMITENTE									
ENDEREÇO RUA OU AV.		MUNICÍPIO						UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS													
CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI
03737	MULETA AXILAR ALUM CREG CLIC G DB-302 (DILEPE) - - Ref.	90211010	040	5102	UND	2,000	100,00	200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Valor Aprox Tributos: R\$ 17,20 (8,60%) Fonte: IBPT/18.1.A/A5G7R1 Sistema: AUTOCOM - Versão: 8.21a - Destinatário: C08222 Transação: 15 / NFV / NFE VENDA A VISTA - Chave: 00065636 Pedido: NFV.0000003661 - Seca: 00037542 - Usuário: JOSANE (1) C.Custos: 0001 / DEPARTAMENTO DE VENDAS - Consultor: 0001 / TERESINA	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTENDO NÃO VERIFICADO 26 FEV. 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Francisco Jose Irineu De Sousa
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Casado
Identidade: 35 96 921
CPF: 766.667.783-91
Profissão: Padre
Endereço: RD-118 LT-10 CS-B Bairro - Promorar
CEP: 64027-280
Telefone: (86) 9.94012688

OUTORGADO:

Nome: Nele Rose Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 840.173.173-91
Profissão: Recurso
Endereço: Rua 24 De Janeiro nº 544
CEP: 64.000.235
Telefone: ()



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

Teresina, Piauí, 14/01/2019

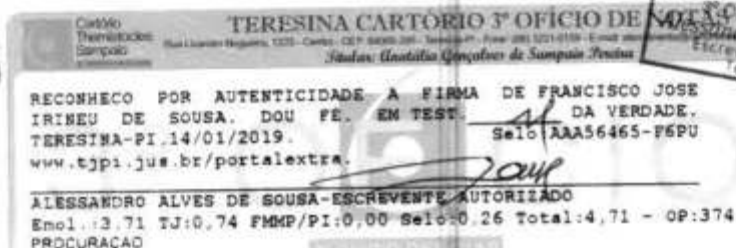
Local e data

Francisco Jose Irineu De Sousa

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL



Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190174445

Vítima: FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190174445

Vítima: FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 00000299049-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190174445

Vítima: FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA

Nº Sinistro: 3190174445
FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190174445**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14293987

