

Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **VALDEMAR DE SOUSA MACEDO**

Nº Sinistro: **3180053749**

Vitima: **VALDEMAR DE SOUSA MACEDO**

Data do Acidente: **06/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180053749**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12333055



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: VALDEMAR DE SOUSA MACEDO
Nº Sinistro: 3180053749
Vitima: VALDEMAR DE SOUSA MACEDO
Data do Acidente: 06/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180053749**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **VALDEMAR DE SOUSA MACEDO**

Sinistro: **3180053749**
Vítima: **VALDEMAR DE SOUSA MACEDO**
Data do Acidente: **06/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180053749** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Carta nº: 12769529

A/C: VALDEMAR DE SOUSA MACEDO

Nº Sinistro: 3180053749
Vítima: VALDEMAR DE SOUSA MACEDO
Data do Acidente: 06/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

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: VALDEMAR DE SOUSA MACEDO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003827

Conta: 0000022018-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: **3180053749**
Nome do(a) Examinado(a): **VALDEMAR DE SOUSA MACEDO**
Endereço do(a) Examinado(a): **R FLORIANO PEIXOTO nº 178 - BANANEIRA - BARRO DURO/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 489032 - SSP**
Data e local do acidente: **06/11/2017 BARRO DURO/PI**
Data e local do exame: **27/04/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO 3, 4 E 5 METACARPOS DA MAO DIREITA

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

TRATAMENTO CIRURGICO- FIXACAO PERCUTANEA, EVOLUINDO SEM COMPLICACOES. FISIOTERAPIA REALIZADA E ALTA MEDICA.

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

LIMITACAO DA FLEXAO TOTAL DOS QUIRODACTILOS DA MAO DIREITA, NOS ULTIMOS GRAUS.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL LEVE DA MAO DIREITA

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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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): **MÃO DIREITA**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM:52.25889-0/RJ

Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52.25889-0
Cadastro Nacional

Dores Mendes

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 218.016.143-34	Nome completo da vítima Valdemar de Sousa Macedo
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Valdemar de Sousa Macedo		CPF titular da conta 218.016.143-34	Profissão Escr. Rural
Endereço Rua Flaviano Pereira		Número 178	Complemento Bananeira
Bairro Bananeira	Cidade Barro Preto	Estado Pernambuco	CEP 64.455-000
Email Rexsou.se		Telefone (DDD) 186)9493.5001	

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

Autorização de pagamento

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos): BANCO Nome _____ BRB AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)				

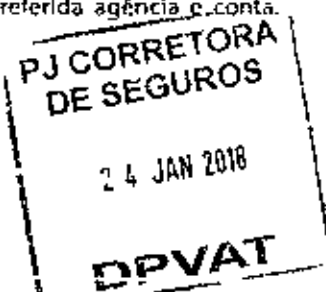
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

São Pedro da 17 de Janeiro de 2018
Local e Data

Valdemar de Sousa Macedo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTO-ATENDIMENTO - AG. AGUA BRANCA

DATA: 11/01/2018

HORA: 13:48:42

TERMINAL: 38271004

CONTROLE: 382710040429

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA ELETRONICA
DE VALORES - TEV

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 1987 / PARQUE PIAUI

CONTA : 013.00.006.435-8

NOME : VALDIRIO VIEIRA DA SILVA

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 3827 / AGUA BRANCA

CONTA : 013.00.022.018-0

NOME : VALDEMAR DE SOUSA MACEDO

VALOR :

000,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 11/01/2018

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 JAN 2018

DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 006/2017

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI Resp. pelo Registro: EPC MARIA DOS REMÉDIOS A. S. DE JESUS
Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR Data/ Hora: 08.01.2018-14:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI Data/ Hora: 06.11.2017-15.10
Município: BARRO DURO-PI Bairro: ZONA RURAL
Endereço: PI QUE LIGA À CIDADE DE SANTA CRUZ DOS MILAGRES-PI
Complemento:

DADOS DO INFORMANTE

Nome: VALDEMAR DE SOUSA MACÊDO
Documentos: RG: 489.032 PI; CPF: 218.016.143-34 Filiação: MARIA LEITE DE SOUSA E RAIMUNDO CARNEIRO DE MACEDO
Nacionalidade: BRASILEIRA Endereço: RUA FLORIANO PEIXOTO, 178
Naturalidade: TERESINA-PI Complemento:
Estado civil: casado(a) Bairro: CAMBIAR
Profissão: LAVRADOR Município: BARRO DURO-PI
Nascimento: 22/12/1962 Telefone(s): 86 9.9851-9371

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

- LESÃO CORPORAL ACIDENTAL NO TRÂNSITO

**P.J. CORRETORA
DE SEGUROS**

RELATO DA OCORRÊNCIA

Vítima(s): VALDEMAR DE SOUSA MACÊDO (condutor(a)).

Dados do Veículo:

- Tipo: motocicleta
- Marca/ Modelo: HONDA/NXR125 BROS ESD
- Ano/Modelo: 2012/2013
- Cor: -PRETA

- Placa: ODX-0628
- Chassi: 9C2KD0540DR103530
- Renavam: 496056263
- Proprietário: JAYRA PESSOA DOS SANTOS

24 JAN 2018

DPVAT

Dinâmica do Acidente:

A vítima supracitada trafegava pela via acima mencionada, quando adentrou por um desvio errado e, ao retomar seu destino, desequilibrou a motocicleta e caiu ao solo, ocasionando um acidente de trânsito; que foi socorrido por um amigo conhecido por MARANHÃO e levado ao Hospital Regional de São Félix-PI, de onde foi encaminhado para o Hospital Regional de Água Branca, de onde, ainda, foi transferido para o Hospital Dirceu Arcoverde (HPM), na cidade de Teresina-PI, onde foi submetido a procedimentos cirúrgicos, a fim de corrigir a lesão resultante do acidente de trânsito: uma fratura completa, desalinhada, oblíqua, na diáfise média do 4º metacarpo, da mão direita. É a narrativa///.

Maria dos Remédios A.S. de Jesus
MARIA DOS REMÉDIOS A.S. DE JESUS
Resp. pelo Registro

Valdemar de Sousa Macedo
VALDEMAR DE SOUSA MACEDO
Resp. pela Informação

Bel Sérgio Sousa Alencar
Bel Sérgio Sousa Alencar
Delegado de Polícia Civil

Boletim de ocorrência



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima Interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Valdemar de Sousa Macedo

CPF da Vítima

238.046.143-34

Data do Acidente

06.11.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Declaração de Inexistência

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou



☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

24 JAN 2018

DPVAT

Bairro Pi 19 de Janeiro de 2018

Local e Data

Valdemar de Sousa Macedo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO TRANSFERÊNCIA

DATA: 06/11/17 HORA: 15:10 Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: _____ MUNICIPIO: _____

MÉDICO: Dr. Gemerson CRM: 5437

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Valdemar de Sousa Macedo

Data de Nascimento: 22/12/1962 Idade: 54 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: 1657 2426 0930 006

Município de Procedência: Água Branca - PI

HDA: Pac. vítima de acidente motociclistico com fratura de metacarpo mão P.

HD: Fratura mão "5" CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- (X) Espontânea
3-Comandos
2-A dor
1-Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- (X) Orientado
4-Confusa
3-Palavras inapropriadas
2-Palavras incomprensíveis
1-Nenhuma

RESPOSTA MOTORA PJ CORRETORA DE SEGUROS

- (X) Obedece a comandos
5-Localiza dor
4-Movimento de retirada
3-Flexão anormal
2-Extensão anormal
1-Nenhuma

24 JAN 2018

DPVAT

SINAIS VITAIS

Tax: _____ °C P: 73 bpm R: _____ mrm PA: 129x84 mmHg Sat O₂ _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
() Aspiração () Medicação (especificar) _____
() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Comprovação de ato declar

Dr. Gemerson de Carvalho Fonseca
MÉDICO CLÍNICO
CRM-PI 5737
Assinatura e Carimbo do Médico



HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM

Clinica/Doutor

Carimbo: 101211AC 27922

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: 02/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDEMAR DE SOUSA MACEDO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000022018-0

Nr. da Autenticação 8F66D679F15A9573

Comprovante de residencia



AGESPISA
 Agência Especial do Píscia S/A
 Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
 Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
 Internet: www.agespisa.com.br
 Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

Matrícula: 110083-1		Medímetro: A07M456316		NOV/2017																																								
Nome/Razão Social/Endereço: VICENCA MENDES F DE MACEDO RUA FLORIANO PEIXOTO, 178 BANANEIRA BARRO DUTRA 64455000																																												
Situação: 3/1		Res: 1		Inscrição: 14 1 02 0113 1236-000																																								
27/10/2017		28/11/2017		32																																								
Histórico de Consumo		Forma de Faturamento																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Consumo</th> <th>Outr.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>05/17</td> <td>1655</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>06/17</td> <td>1662</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>07/17</td> <td>1676</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>08/17</td> <td>1702</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>09/17</td> <td>1725</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>10/17</td> <td>1745</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>11/17</td> <td>1768</td> <td>23</td> </tr> </tbody> </table>		Mês/Ano	Consumo	Outr.	05/17	1655	17	06/17	1662	7	07/17	1676	14	08/17	1702	26	09/17	1725	23	10/17	1745	20	11/17	1768	23	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">FATURADO P/ CONSUMO NORMAL</th> </tr> <tr> <th>Cód. Responsável</th> <th>Código de Tarifa</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>001100831</td> <td>01</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Consumo Médio</td> <td>Consumo Fato Agor</td> <td>Consumo Normal</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td></td> <td>23</td> </tr> </tbody> </table>				FATURADO P/ CONSUMO NORMAL			Cód. Responsável	Código de Tarifa		001100831	01		Consumo Médio	Consumo Fato Agor	Consumo Normal	17		23
Mês/Ano	Consumo	Outr.																																										
05/17	1655	17																																										
06/17	1662	7																																										
07/17	1676	14																																										
08/17	1702	26																																										
09/17	1725	23																																										
10/17	1745	20																																										
11/17	1768	23																																										
FATURADO P/ CONSUMO NORMAL																																												
Cód. Responsável	Código de Tarifa																																											
001100831	01																																											
Consumo Médio	Consumo Fato Agor	Consumo Normal																																										
17		23																																										
Cód. Nome do Serviço		Valor (R\$)																																										
AGUA		92,17																																										
MANUTENÇÃO HIDROMETRO		2,35																																										

AVISO DE DÉBITO: 08/12/2017
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetros	Valor Máximo Permitido	Valor Mínimo de Amostragem	Valor Máximo de Amostragem	Valor Máximo de Amostragem	Valor Máximo de Amostragem	Valor Máximo de Amostragem	Valor Máximo de Amostragem
0.24	3.43	1.27	7.67	0.00	0.00	0.00	0.00

CONSIDERE: PRESENCIA A QUALIDADE DA ÁGUA. LÁ E SE NÃO ATIVAR SEUS FILTROS.
 A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. PELA AGES EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESCOTO COLETADO PELA AGES PISA RECIBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

AGESPISA Agência Especial do Píscia S/A Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27		Inscrição: 14 1 02 0113 1236-000		AG= 153	
Matrícula: 110083-1		Medímetro: A07M456316		NOV/2017	
VENCIMENTO: 08/12/2017		TOTAL A PAGAR (R\$): 94,52			

82660000000-2 94520001820-4 11008311120-0 170000000001-9

PJ CORRETORA DE SEGUROS

24 JAN 2018

DPVAT

TIM

R\$ 134,27

VENCIMENTO

25/10/2017

EMIÇÃO: 07/10/2017

POSTAGEM: 16/10/2017

NÚMERO: 3215557866

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009102056429012

CPF/CNPJ: 84939443353

CLIENTE: 151688701

ACESSO: 86 99981-6008

CTCE FORTALEZA DE PLÁ
ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
R 7 DE SETEMBRO 244 CS
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI



IMPORTANTE PARA ADRIANA

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o dígito 9 à frente dos números celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9-XXX-XXXX. Mais informações em www.tim.com.br/monodigito.

SERVIÇOS

SERVIÇOS	VALOR
MENSALIDADES	R\$ 109,90
MENSALIDADES ADICIONAIS	R\$ 9,80
ITENS EVENTUAIS	R\$ 0,00
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 11,25
CHAMADAS FORA DA REDE TIM	R\$ 2,37
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 0,82
COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 0,13

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99981-6008

MENSALIDADES

Todas as mensalidades das ofertas dos seus planos
Oferta TIM Pós A Plus (087/DÓS/SMP)
4 GB de Internet
Minutos locais e DDD com 41
TIM Music (incluso)

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
		1	30	07/09 a 06/10	75,20
4GB	2,02GB	1	30	07/09 a 06/10	Incluído
Pacote	183m24s	1	30	07/09 a 06/10	Incluído
		1	30	07/09 a 06/10	9,90

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada online, com toda a comodidade e segurança. Consulte gráficos de consumo e muito mais! Sempre que desejar, acesse meutim.tim.br ou Central de Atendimento 1056.

CONTA ONLINE TIM

Mude agora mesmo para a Conta Online TIM. Ela é prática e segura e só você consulta através do Meu TIM. Você receberá notificações quando sua conta estiver disponível e próximo à data de vencimento.

IMPOSTO TIM	QUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	IMPOSTO	VALOR
ICMS	2%	R\$ 94,72	R\$ 2,34	IMPOSTO	R\$ 0,24
ANEXO 1 - Serviços de telecomunicações	3%				
ANEXO 2 - Serviços de telecomunicações	3%				
ANEXO 3 - Serviços de telecomunicações	3%				

Em atendimento à Lei nº 12.741/12
A contribuição do FUST TIM é de R\$ 10,94 por mês, não sendo repassada ao usuário.

Comprovante de residência

CORRETORA
DE SEGUROS

24 JAN 2018

DPVAT

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF.

* Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e regulamentação dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

* 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 8.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Paula de Sousa Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Waldemar de Sousa Macedo inscrito (a) no CPF sob o nº 218.016.143 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Waldemar de Sousa Macedo inscrito (a) no CPF sob o nº 218.016.143 / 34 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

Declaracao Circular SUSEP _____

☒ 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 Getúlio de Oliveira</u>		Número <u>244</u>	Complemento <u>lento</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Colombo Veloso</u>	Estado <u>Pi</u>	CEP <u>64.325-000</u>
Email <u>carladrianasousa@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>99981.6008</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 9473.5004</u>

Colombo - Pi, 17 de Janeiro de 2018
Local e Data

Adriana Paula de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Carlos Da Silva Cunha
RG nº 2.248.668 data de expedição 23/02/15
Órgão SSP - PI portador do CPF nº 009.897.593-02 com
domicílio na cidade de Buenos Aires no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Coronel Benedito da Luz nº 455
complemento _____ declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Valdemar De Sousa Macedo cujo o condutor era
Valdemar De Sousa Macedo.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/NXR150 BROS L50
Ano: 2012/2015
Placa: ODX-0628
Chassi: 9C2K005400R103530
Data do Acidente: 06/11/2017
Local e Data: Barra Mansa RJ

Declaracao do proprietario:



Jayra Pessoa das Santos Cunha
Assinatura do Declarante

Valdimar de Sousa Macedo

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

PJ CORRETOPLA
DE SEGUROS

24 JAN 2018

DPVAT

BARRO DURO CARTORIO ÚNICO

FRANCISCO DE ASSIS NETO - TABELA

ငါတို့မှ ခုနဲ့-ဇင်္ဂလီသင်္ဂဟ-ဇာတ်ကားကို ခုနဲ့
ရုပ်ရှင်ကားတွေနဲ့- နားထောင်ကြည့်ကြည့်ပါ။ အဲဒါ

ՀԱՅԿ ԳՐԱԴԱՐԱՆ

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JAYRA PESSOA DOS SANTOS CUNHA,
VALDEMAR DE SOUSA MACEDO,
EV TEST. 41 DA VERDADE. DOUFE. BARRO DURO. 11/01/2016 09:25:26

EV TEST, 41 DA VERDADE. DOU FE. BARRO DURO. 11/01/2016 09:25:26

George Augusto Silva Penn

GEORGE AUGUSTO SILVA PEREIRA - TABELÃO SUBSTITUTO
E-d 7.70 T3; 1.44 Rep-DG0 Tom R 14

CATEGORIO DO 1º OFICIO DE BARRO

FRANCISCO PEREIRA NET

Table 10

GEORGE AUGUSTO SILVA PER

Escrevente

Comarca de Barro Duro-1

CARTORIO DO 1º OFICIO DE BAR

FRANCISCO PEREIRA N

Tabela 10

GEORGE AUGUSTO SILVA P

Escrevente

Comarca de Barro Duro



**Selo de Fiscalização
e Autenticidade**
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Ato de Nomeação
Registro e
Arquivamento

RECONHECIMENTO
DE FIRMA

APR 85253

Selo de Fiscalização e Autenticidade
 Poder Judiciário
 Estado do Piauí
 2ª Vara de Família,
 Registro e
 Interdição

RECONHECIMENTO
DE FIRMA

PAID 83234



Dr. Edimar

RELATORIO MEDICO

DECLARAÇÃO para VALDEMAR

de SOUSA acidente, foi vítima de queda
 de 2º andar, fato ocorrido em 17
 de 14:10, tendo sofrido forte trauma
 em MSE, causando fratura completa,
 fechada, obliqua, na superfície medial do
 4º metacarpo, onde foi fraturado
 fisicamente através de craniotomia
 1º fator e fratura completa, fechada
 do bone fibular, com fortes dores
 com limitação de movimentos, com
 alta definitiva, com acompanhamento
 de 15% funcional de 15%.

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

20 MAR 2018

DPVAT

230718

Dr. Edimar Machado da Silva
 Cl. Geral e Cirurgia Geral
 CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
 9933-0929/9532-199715827-3736

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

17 ABR 2018

DPVAT

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Balsa, 2203 - Em frente à praça Joana Vieira da Silva

Fones: 9933-0151 - 98827-3736 - 99903-0929

Documentos de identificação



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 JAN 2018



Valdemar de Sousa Macedo

2907100

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

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALDEMAR DE SOUSA MACEDO

MARIA LEITE DE SOUSA
RAIMUNDO CARNEIRO DE MACEDO

TERESINA-PI

CERT. CASAM. 489 L 2-8 F 249
EXP BARRO DUREZA 03/03/00
218.016.143-34

VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL

489.032

DATA DE EXPIRAÇÃO 12/04/14

DATA DE NASCIMENTO 22/12/1962

LEI Nº 7.116 DE 26/06/65 - DECRETO Nº 89.260/83

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CENTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

CPF: 1451371 889 92

CPF: 819.394.133-53 DATA DE NASCIMENTO: 28/07/1977

PLACAS: JONES MENEZES DA SILVA MARIA CARMELOVA DE SOUSA

PERMISSÃO: ☒ AC: ☒ OUTROS: ☐

W. PROTESTO: 95983294635 VALOR: 05/01/2019 P. PROTESTO: 04/01/2018

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO: 04/01/2018

58084099122 71219187330

PIAUI

PROTESTO PLÁSTICO 1554703040

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1554703040

PJ CORRETORES DE SEGUROS
24 JAN 2018
PRVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

1 009097137307 2017 30/8/2017

009097137307

JARDA DE LA EJA SANTO

009097137307 2017 30/8/2017

009097137307

COX-0620

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

DEBENTUR

CENTRO

DUT



SEÇÃO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAS DANOS A VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT
PINº 012898415920 CLMIL DE SEGURO DPVAT

NOTA O SEU VALOR DO SEGURO DPVAT
FOI PAGO EM 30/08/2017
AS 08:00:00 E O VALOR DO SEGURO
FOI DE R\$ 1.000,00
O SEU VALOR DO SEGURO DPVAT
FOI DE R\$ 1.000,00

2017 30/8/2017

009097137307

COX-0620

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

SEÇÃO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAS DANOS A VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT
PINº 012898415920 CLMIL DE SEGURO DPVAT

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

SEÇÃO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAS DANOS A VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT
PINº 012898415920 CLMIL DE SEGURO DPVAT

24 JAN 2018

DPVAT

20/8/2017

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

009097137307

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Valdemar De Sousa Macedo BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL casado, PROFISSÃO trabalhador C/RGN.º 489.032 CPF/MF
Nº 218.016.143-34 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
RUA Flaviana Pereira 178 Bairro Bonaneira
CIDADE DE Bonito Dura - Piauí
ESTADO Piauí, CEP 64.455-022

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 849.394.433-53 E RG SOB
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Procuração



Barro Duro - Piauí, 11 de Janeiro de 2018



Valdemar de Sousa Macedo

OUTORGANTE



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE BARRO
FRANCISCO PEREIRA NETO
Tabelião
GEORGE AUGUSTO SILVA PEREIRA
Escrevente
Comarca de Barro Duro-PI

BARRO DURO CARTÓRIO ÚNICO
FRANCISCO PEREIRA NETO - TABELIÃO
CNPJ: 07.010.553/0001-90 - END: RUA
RUA SETE DE SETEMBRO Nº 244 - BARRO DURO - PIAUÍ - CEP: 64.455-022
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE VALDENAR DE SOUSA MACEDO,
EM TEST. GI DA VERDADE, DOUTOR GEORGE AUGUSTO SILVA PEREIRA
E-4. 3.601.11.137.046.06.044.457
George Augusto Silva Pereira
GEORGE AUGUSTO SILVA PEREIRA - TABELIÃO SUBSTITUTO
E-4. 3.601.11.137.046.06.044.457

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180053749 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDEMAR DE SOUSA MACEDO **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 3, 4 E 5 METACARPOS DA MAO DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DA MAO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO- FIXACAO PERCUTANEA, EVOLUINDO SEM COMPLICACOES. FISIOTERAPIA REALIZADA E ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/04/2018

Conduta mantida:

Observações: *REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: