

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

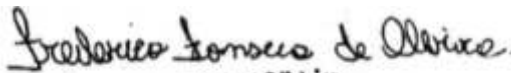
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Erenilton Jarison Rodrigues
Endereço do(a) Examinado(a): R Jose Marcelino de Moraes, 187
Urbano Elesbao Veloso PI CEP: 64325-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 2613810
Data local do exame: [18/04/2017] 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 OBLIQUA DESALINHADA NO TERÇO MEDIO DA CLAVICULA DIREITA
TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO COM TRAUMA EM REGIAO DO PAVILHAO AURICULAR
PACIENTE EVOLUI COM DOR EM OMBRO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO, JUNTAMENTE COM PERDA AUDITIVA (AUDIOMETRIA COM PERCA AUDITIVA MISTA SEVERA DO OUVIDO DIREITO)**
- 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 MOTOCICLISTICO DIA 17-12-16 LEVANDO A FRATURA OBLIQUA DESALINHADA NO TERÇO MEDIO DA CLAVICULA DIREITA E TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO COM TRAUMA EM REGIAO DO PAVILHAO AURICULAR.
Data da alta: 17-01-17
OSTEOSSINTESE DA CLAVICULA DIREITA COM PLACA E PARAFUSO
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.
- COM DOR EM OMBRO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO, JUNTAMENTE COM PERDA AUDITIVA (AUDIOMETRIA COM PERCA AUDITIVA MISTA SEVERA DO OUVIDO DIREITO)**
- 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 | () "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
| () "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
VISÃO EM AMBOS OS OLHOS (CEGUEIRA BILATERAL)
% 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 |
- 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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000140/2017-72

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Daniel De Carvalho Silva

Data/Hora: 20/03/2017 - 11:21

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ELESBÃO VELOSO

Tipo Local

OUTROS

Município

ELESBÃO VELOSO

Endereço

RUA TIRADENTES, Nº:

Complemento

Data/Hora

18/12/2016 - 03:21

DOCUMENTO 1 "T1%"



MATIAS

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ERENILTON JARISON RODRIGUES

RG: 2615810 SSP PI

Mãe: MARIA AUZENI RODRIGUES DA SILVA

Endereço: RUA JOSE MARCELINO DE MORAIS, Nº 187

Bairro: MATIAS

Cidade: ELESBÃO VELOSO

Telefone(s): 86-9520-3258

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

03 ABR 2017

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA POP100

Ano: Placa:

2015 PIG6420

Chassi:

9C2HB0210FR429890

Renavam:

01034818624

Cor:

Vermelha

Condutor: ERENILTON JARISON RODRIGUES

RG: 2615810 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA JOSE MARCELINO DE MORAIS Número: 187 Complemento: PROXIMO LIMA DA SUCAM

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro: MATIAS

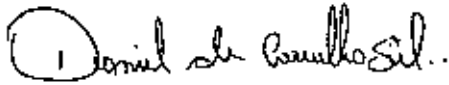
Proprietário: JEISA RODRIGUES DA SILVA

End: AVENIDA SANBAIBA Número: S/N

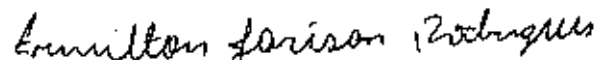
Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: Bairro: SAMBAIBA

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE VEIO ATE ESTE DP, PARA COMUNICAR QUE QUANDO RETORNAVA PARA SUA CASA NO VEÍCULO ACIMA CITADO COLIDIU COM UMA RAMPADA DE UMA GARAGEM NA RUA TIRADENTES FOI QUANDO O SENHOR DE NOME FRANCISCO PEREIRA SOARES DA SILVA ACIONOU A SAMU, A VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELA MESMA ONDE FOI FEITO OS PRIMEIROS PRÉ-ATENDIMENTOS E LOGO EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE DEPOIS FOI ATE O HOSPITAL DE VALENÇA ONDE A VÍTIMA FEZ UM RAIO-X ONDE FOI CONSTATADO UMA FRATURA NA CLAVICULA DIREITA LOGO EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA HPM HOSPITAL DE TERESINA. ERA QUE TINHA DE DECLARAR.



Daniel De Carvalho Silva - Mat. 3112900
AGENTE DE POLÍCIA



ERENILTON JARISON RODRIGUES - Noticiante
Responsável pela Informação



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

1352 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000140/2017-72

Paulo Gregório F. da Silva
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
Delegado de Polícia

03 ABR 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Erenilton Jorison Rodrigues, portador da carteira de identidade nº 2.615.810 e inscrito no CPF/MF sob o nº 035.488.553-79, residente e domiciliado na R. Jose Marcelino De Menezes, 197 - B. Helena, Cidade Elestão Veloso, Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DOCUMENTO 3 "T34"



Erenilton Jorison Rodrigues

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

03 ABR 2017

Elestão Veloso - PI 23.03.2017

Local e data

REGISTRO DE OCORRENCIA

AMBULANCIA ACIONADA: USB DATA: 18/04/16
LOCAL DA OCORRENCIA: Rua ...
NOME DO PACIENTE: Enzo ...
SEXO: (X) MASCULINO () FEMININO IDADE: 23 Anos

SAIDA DO P.A.	CHEGADA AO LOCAL	SAIDA DO LOCAL	CHEGADA AO HOSPITAL	SAIDA DO HOSPITAL	CHEGADA NO P.A.
03:21	03:34	03:45	03:53	03:58	04:02

01. ACIDENTE DE TRANSPORTE	05. CHOQUE ELÉTRICO	09. MAL SÚBITO	13. URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
02. AGRESSÃO FÍSICA	06. ENVENENAMENTO	10. QUEDA	14. URGÊNCIA CLÍNICA
03. AFOGAMENTO	06. FALSO CHAMADO	11. QUEIMADURA	15. OUTROS
04. AGRESSÃO ARMA BRANCA	08. JÁ REMOVIDO	12. URGÊNCIA OBSTÉTRICA	

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	RESPOSTA VERBAL	PUPILAS
01. ALERTA	01. NORMAL	01. IGUAIS
02. RESPONDE A COMANDO	02. CONFUSA / CO	02. DÉSIGUAIS
03. RESPONDE A DOR	03. NENHUMA	
04. SEM RESPOSTA		

PULSO RADIAL	SANGRAMENTO	SINAIS VITAIS
FORTE (X) FRACO () AUSENTE ()	AUSENTE () MÍNIMO (X) MODERADO () INTENSO ()	PRESSÃO ARTERIAL <u>130 x 80</u> PULSO <u>105</u> GLICEMIA RESPIRAÇÃO <u>20</u> TEMPERATURA <u>36.7c</u> SATO <u>96</u> PC <u>100</u>

OBSERVAÇÕES: paciente desmaiado com convulsões e adito de mto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
01. ASPIRAÇÃO	05. PRANCHA LONGA	09. IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES
02. OXIGÊNIO	06. PRANCHA CURTA	10. ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
03. RCP	07. KED	11. OUTROS:
04. CURATIVO	08. COLAR CERVICAL	

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL	ÓBITO	HOSPITAL DE DESTINO
01. MELHORADO	01. ANTES DO SOCORRO	HENM
02. PIORADO	02. ANTES DO TRANSPORTE	OUTROS:
03. INALTERADO	03. NO TRANSPORTE	ASSINATURA: <u>Livia Kelly Silva</u> COREN-PI 41.797

SOCORRISTAS:

Manoel ...
Técnico

Filipe Oliveira

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERENILTON JARISON RODRIGUES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00788-9

CONTA: 000010015588-X

Nr. da Autenticação 7D65B8765C1C6BB8



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Cemilton Tarison RodriguesRG nº 2.615.810, data de expedição 18/03/14, Órgão SSP-PI

CPF nº 035.488.553-77, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>R. Jose Marcelino De Moura</u>
Número	<u>189</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>B- Volcano</u>
Cidade	<u>Eliseão Velloso</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.325-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 99981-6008 / 99402-2754</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

03 ABR 2017

Local e Data: Eliseão-Ve-Pi 29.03.2017Assinatura do Declarante: Cemilton Tarison Rodrigues

© 1997, International Journal of Health Services, Inc.

RGT: 233.690.09.26.133631

29

DESCRIÇÃO DA CONTA

TESTED SPE 195700

Unidade contábil para análise e preparação do fornecimento de serviços especiais e cartão de controle de finanças das contas pessoais; nesta forma, o seu pagamento poderá ser realizado por meio de inclusão da nome de consumidor no sistema, informações sobre o principal produto vendido e a realização no valor de R\$ 20,00 (vinte reais) por mês, com taxa efetuada e constante favor descontar este valor.

INDICADORES DE CONTINUIDADE

14.33

0.3 ABR 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Casmilho Tarison RodriguesRG nº 2-615-810, data de expedição 18/03/14, Órgão SSP-PI

CPF nº 035.488.553-77, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>R. José Marcelino De Moura</u>
Número	<u>189</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>B- Volcano</u>
Cidade	<u>Eliseão Veloso</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.325-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 99981-6008 / 99402-2754</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

03 ABR 2017

Local e Data: Eliseão Veloso-Pi 29.03.2017Assinatura do Declarante: Casmilho Tarison Rodrigues

[illegible]

RGT: 233.690.09.26.133631

29

DESCRIÇÃO DA CONTA

TEST	SPS	REFERENCE
100 A	100	0.1500
100 A	100	0.1500
100 A	100	0.1500

Unidade contábil para análise e planejamento do fornecimento de energia elétrica a partir de fontes renováveis; nesta tarefa, o uso exclusivo de fontes renováveis para a geração de energia elétrica é incluído no nome de comércio na análise. Informações sobre a situação ambiental e social da unidade são incluídas no relatório de sustentabilidade. O relatório de sustentabilidade é desenvolvido a partir de dados históricos, com ênfase na análise de tendências e no planejamento futuro da sustentabilidade.

INDICADORES DE CONTINUIDADE

14.33

0.3 ABR 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Adriana Carla de Sousa Silva

RG nº 1.651.371, data de expedição 12/12/95 Órgão SSP. PI,

CPF nº 849.394.433-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Sete de Setembro</u>
Número	<u>244</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Eletrão Veloso</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.325-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86)99402-2764/99984-6008/99411-5193</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

03 ABR 2017

Local e Data: Eletrão Veloso, PI, 29.03.2017

Assinatura do Declarante: Adriana Carla de Sousa Silva

Nota Fiscal - Fatura de Serviços de Telecomunicações
Número: 000.001.083-AB
TIM Celular S.A.
Av. Frei Serafin, 1989 - Sala 6-Tereza-PI
CNPJ: 04.208.050/0001-84 - I.E.: 18.455.632-8
CNPJ da Matriz: 04.208.050/0001-80

Cliente: 1.51688701
CPF/CNPJ: 84938443353
Emissão: 07/11/16 Postagem: 16/11/16
Referência: NOV/16 Período: 07/10/16 a 06/11/16
Débito automático: 9102056429012
CFOP: 5307
Número da Fatura 1609850964

Página 1 de 8

Endereço Fiscal

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

CTCE FORTALEZA CE PL8
ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
R 7 DE SETEMBRO, 244 - CS
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

VENCIMENTO
25/11/16

VALOR
R\$ 115,38



7214049716 19681 00000000627 30 161116

"T.I.M." é marca dos serviços de telecomunicações do Grupo TIM no Brasil

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 56 passando ao formato (DDD)9xxx-xxxx. Mais informações em www.tim.com.br/novo-digito

Nº de Acesso: 88-99881-6008

	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	ICMS	PIS/COFINS	VALOR
01. MENSALIDADES E FRANQUIAS						89,00
02. Ass. pelo frag. TIM PÓS (087/PÓS/SMP)	1	31			0,25%	0,00
03. OFERTA TIM PÓS A (voz+dados) (067/PÓS/SMP)	1	31		25%	3,65%	89,10
04. PACOTES						
05. 1000 min locais e DDD com 41 - 088-99881-6008	1000					
	QUANTIDADE		DURAÇÃO/VOLUME	ICMS	PIS/COFINS	VALOR
06. CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM						0,48
07. Chamadas locais e DDD com 41	226		349m06s	25%	3,65%	0,00
08. Chamadas recebidas em Roaming Nacional	3		02m30s	25%	3,65%	0,00
09. Chamadas Locais para Outros Celulares	3		02m00s	25%	3,65%	0,48
10. USO DE SERVIÇOS TIM						0,80
11. TORPEDO TIM PÓS	30			25%	3,65%	0,00
12. Conexões Banda Larga	493		584,67 MB	25%	3,65%	0,00
13. TIM Protect	1			25%	3,65%	5,30
14. TIM Protect	1				3,65%	3,90
16. TOTAL TIM						109,28

Reservado ao Fisco : E56B.1BCE.8FFA.78E5.6043.D92E.EB16.00F5

03 ABR 2017

IMPOSTO	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 0,88
ICMS	25%	R\$ 95,49	R\$ 23,87	FUNTEL: R\$ 0,34
PIS/COFINS - Serviço Telecom		R\$ 98,39	R\$ 3,82	
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom		R\$ 0,00	R\$ 0,00	
PIS/COFINS - Total		R\$ 108,28	R\$ 4,53	

- Em atendimento à Lei 12.741/2012 -

As contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas.

Dúvidas na fatura? Acesse [Entenda sua Conta](http://Entenda.sua.Conta) na Área Exclusiva do site www.tim.com.br
Central de Atendimento TIM: 1056



DECLARAÇÃO

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

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva, portador(a) do RG nº 1.651.371, expedido por SSP-PI, em 12/12/195, CPF/CNPJ nº 849.394.433-53,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Erenilton Jorison Rodrigues do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Erenilton Jorison Rodrigues, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas; ABR 2017

Profissão: Recusou-se Renda Mensal: R\$ Recusou-se

Documentos comprobatórios: Recusou-se

Adriana Carla de Sousa Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Eu, Geisa Rodrigues da Silva

RG nº 3.116.822 data de expedição 17/12/07
 Órgão SSP - PI portador do CPF nº 039.212.683-46, com
 domicílio na cidade de Elestão Veloso no Estado de
Piauí onde residu na (Rua/Avenida/Estrada)
Arremida, Sambaíba nº 817,
 complemento de Gatona, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Erenilton Garison Rodrigues cujo o condutor era
Erenilton Garison Rodrigues

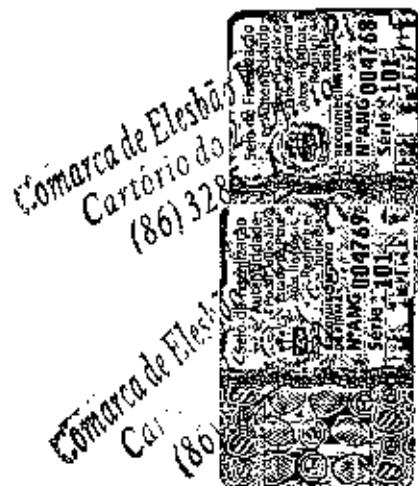
Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA POP 100
Ano: 2014 / 2015
Placa: PIG - 6420
Chassi: 9C2HB0310FR429890
Data do Acidente: 18.12.2016
Local e Data: S. Weloso - Pi 16.03.2017

Luís Rodrigues do Silva
Assinatura do Declarante

+ Hamilton Garrison Rodriguez

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

03 APR 2017



Reconheço, verdadeira a Firma Suja
de bus da Selia Sam
Diogo Eremilton Perizon
Rodrigues e Jaisa Rodrigues
da Polícia Militar da cidade
Flebeão Veloso - PI de 03 de 2014
Michele Souza
Maria de Lourdes Leal Sousa
Escrevente Compromissada
Cartório 2º Ofício
Flebeão Veloso - PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO GERAL 2.815.810 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/03/14

NOME ERENILTON JARISON RODRIGUES

FILIAÇÃO MARIA AUZENI RODRIGUES DA SILVA

NATURALIDADE ELESBÃO VELOSO-PI DATA DE NASCIMENTO 24/04/1989

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 20239 L 39 F 92

EXP. ELESBÃO VELOSO-PI 27/07/92

CPF 035.488.553-77

TERESSIA PI ASSINATURA DO DIRETOR



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO D- DEUS MARTINS"



0387380

Assinatura do titular

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTO 6 *T8%*



03 ABR 2017

PROTEÇÃO PLÁSTICA 976576004

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 976576004

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

RENILTON JARISON RODRIGUES

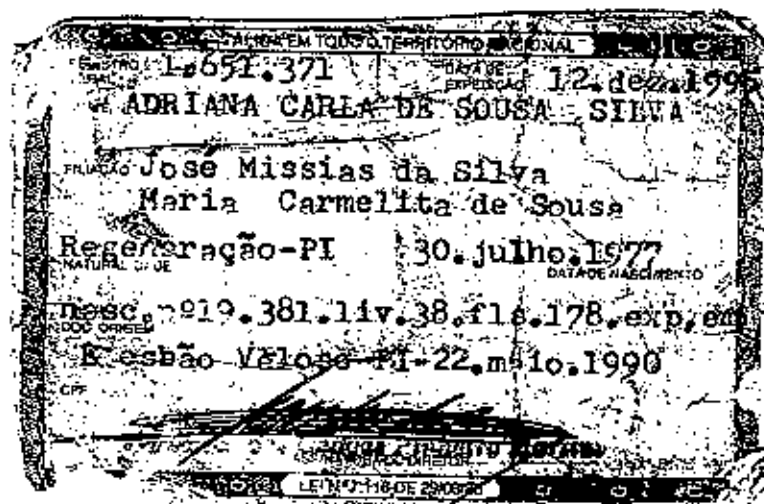
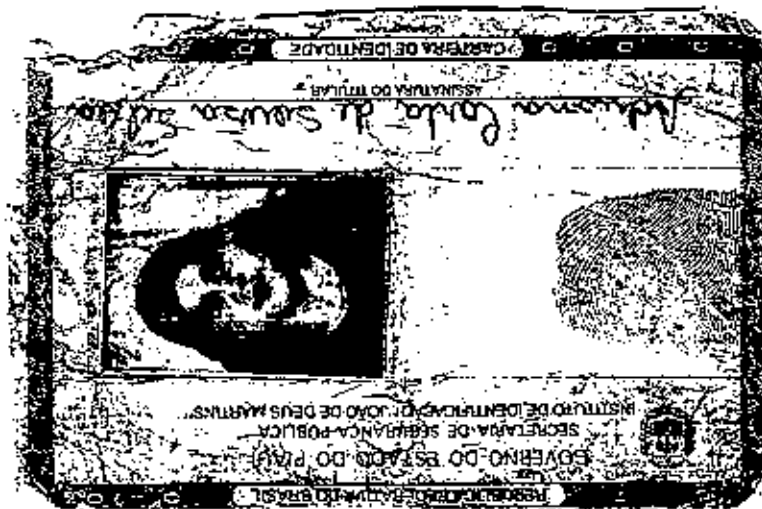
DATA DE NASCIMENTO 24/04/1989

CPF 035.488.553-77

EXP. 27/07/92

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO DIRETOR



03 ABR 2017



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **849.394.433-53**

Nome da Pessoa Física: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Data de Nascimento: **30/07/1977**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/06/1998**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:29:17** do dia **05/01/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **A0C4.E029.4077.09AC**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br,
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)

03 ABR 2017

CONTABN

0154
6219
2487
3006
0757
6223
5744
4344
7015
2015

DETRAN - PR - 15/03/2015 Nº 01464334778

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VEICULO: 1 0103491865 2015

CD: RENAVAM 15/03/2015

0154 6219 2487 3006 0757 6223 5744 4344 7015 2015

JEISA RODRIGUES DE SILVA

03951256346

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

9C2HB9210FR429890

CONTABN

ELIASBO VELOSO

AB

03/11/2015

03/11/2015

03/11/2015

03/11/2015

03/11/2015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170192643 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERENILTON JARISON RODRIGUES **Data do acidente:** 18/12/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: DEBILIDADE DOS MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL /50% DE 25% = 12,5%

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170192643 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERENILTON JARISON RODRIGUES **Data do acidente:** 18/12/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA OBLIQUA DESALINHADA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA.
TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO COM TRAUMA EM REGIÃO DO PAVILHÃO AURICULAR.

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM OMBRO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO, JUNTAMENTE COM PERDA AUDITIVA (AUDIOMETRIA COM PERCA AUDITIVA MISTA SEVERA DO OUVIDO DIREITO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE DA CLAVÍCULA DIREITA COM PLACA E PARAFUSO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.
PERDA AUDITIVA BILATERAL MODERADA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/04/2017

Conduta mantida:

Observações: APRESENTA SEQUELA AUDITIVA E NÃO VISUAL.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Erenilton Jarrison Rodrigues BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL Solteiro PROFISSÃO Trab. Rural CI RGN. 2.615.840 CPF/MF
Nº 035.488.553-77 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
RUA Jose Marcelino de Menezes n: 187 B. 001
CIDADE DE Elesbão Veloso - PI
ESTADO Piauí CEP 64.325-000

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 Nº 244 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.

03 ABR 2017

ELESBAO (PI) 16 de MAIO de 2017

Erenilton Jarrison Rodrigues

OUT

1º Ofício de Notas, Registro de Imóvel, Títulos e Documentos,
Pessoa Jurídica

Rua da União, 121 - Centro - CEP 45024-000 - Elesbão Veloso - PI
E-mail: maristereza@pi.1ooficio.com.br



RECONHECIDO POR AUTENTICAÇÃO DA FIRMA DE: ERENILTON JARRISON RODRIGUES.
Viu FE. EM TEST. UNIV. DA VERDADE, ELESBAO VELOSO - PI, 16/03/2017.
Total: R\$ 3,52 TJ: R\$ 0,70 Setor: 25 Total: R\$ 4,22 (F40P1)

ADRIANA TEIZA DE SOUSA REZENA - ESCRIVENTE

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2017

Carta nº: 10802144

A/C: ERENILTON JARISON RODRIGUES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170192643 ASL-0132404/17
Vitima: ERENILTON JARISON RODRIGUES
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

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.seguradoralider.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.seguradoralider.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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2017

Carta nº: 10816247

A/C: ERENILTON JARISON RODRIGUES

Sinistro: 3170192643 ASL-0132404/17
Vítima: ERENILTON JARISON RODRIGUES
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

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.seguradoralider.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, 11 de Abril de 2017

Carta nº: 10816247

A/C: ERENILTON JARISON RODRIGUES

Sinistro: 3170192643 ASL-0132404/17
Vítima: ERENILTON JARISON RODRIGUES
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

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.seguradoralider.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, 03 de Maio de 2017

Carta nº: 10918332

A/C: ERENILTON JARISON RODRIGUES

Sinistro: 3170192643 ASL-0132404/17
Vítima: ERENILTON JARISON RODRIGUES
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: 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: ERENILTON JARISON RODRIGUES

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 001

Agência: 000000788-9

Conta: 000010015588-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.062,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

Beneficiário: Emililton Janssen Rodrigues
 IDOR(A) DO RG Nº 2.615.810 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 18/03/14 E
035488653-99 / CNPJ 000000000000000000. PROFISSÃO Desenvolvedor
 RDA MENSAL DE R\$ Recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 RO DPVAT DA VÍTIMA Emililton Janssen Rodrigues, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 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 atualizar 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 fonte de renda mensal.

Para a programação de um pagamento, lembra-se que os documentos abaixo relacionados ~~não devem~~, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário 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 POLUPANÇA 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 da proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- PF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL 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/beneficiário.

03 ABR 2017

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 07889 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 15.588-8

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

Emililton Janssen Rodrigues
 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 aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente à 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 médicas-hospitalares.



03 ABR 2017