



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SANDRO DEFEIRA DE FREITAS
RG nº 54634445-8 data de expedição 11/08/10
Órgão SSP-SP, portador do CPF nº 777.423.273-00 com
domicílio na cidade de MANOEL EMÍLIO, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA SÃO JOSÉ nº 511
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA cujo o condutor era
DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA
Veículo: 150 MOTOCICLO NENHUMA
Modelo: HONDA BROS NXR 150 ES
Ano: 2008
Placa: MT-0370
Chassi: 9CQ-KD039882079053
Data do Acidente: 20/06/2017
Local e Data: MANOEL EMÍLIO - PI 20/06/2017

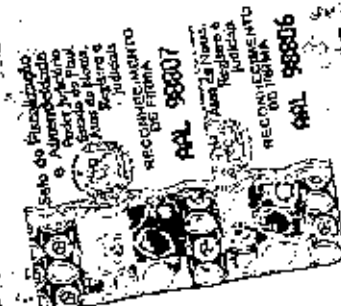
Sandro DeFeira de Freitas
Assinatura do Declarante

Deusdete Joaquin de Sousa

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

CARTÓRIO ÚNICO
Reconheço a Firma AUTENTICA DE
DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA
Em Teste. Mellen da Verdade.
Manoel Emílio (PI) 20/06/17
Sandro DeFeira de Freitas

CARTÓRIO ÚNICO
Reconheço a Firma AUTENTICA DE
SANDRO DEFEIRA DE FREITAS
Em Teste. Mellen da Verdade.
Manoel Emílio (PI) 20/06/17
Sandro DeFeira de Freitas



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE MANOEL EMÍDIO
AV. PRIMEIRO DE MAIO, 231 - CENTR
CEP: 64875-000 - MANOEL EMÍDIO - F.



FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUZA Idade: 46a

CNS: 161 0264 3403 0000 Data: 24/05/17

Hora: 18:00h CASO: ☐ CLÍNICO ☒ TRAUMA

ANAMNESE: Vítima de acidente por queda de moedacilha, apresentando fratura no do pé da perna direita.

HD: Fratura do pé da perna direita.

CONDUTA: ① Imobilização do pé da perna direita
② Analgesia
③ Reparação para ortopedia.

ANTÔNIO ALBERTO NUNES
Cirurgião Geral e Ultrassonografia
CRM-PA 10000-0000

Médico:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Niterói CEP: 64.002-970

Responsável:



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N,
PANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Acompanhamento)

Atendimento: P0453904
Data: 24/05/2017
Funcionário: IVANDA

Registro: 147249
Hora: 12:51:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 59

SUS

DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

CPF: - RG: 1.930.275 - SUS: 161026484030000
Nasc.: 10/12/1971 Idade: 45 ANOS, 5 MESES, 14 DIAS Profissão: LAVRADOR CNIL: CASADO(A) CEP: 64875-000
End.: SANTO AMARO, 5 - P.O. ALTAMIRA Cidade: MANOEL EMÍLIO/PI
IBGE: 2205904 Cor: PARDAS Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA Pai: AMADEUS JOAQUIM DE SOUSA
Clínica: CLÍNICA MÉDICA Documento: 0000 - GEOVANNA COUTINHO DA SILVA MENDES DE CARVALHO
Responsável: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA - O MEIO

Procedimentos

24/05/2017 12:51 0301060061 ATENDIMENTO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco ☐ Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTO

QUEIXA/HISTÓRIA

RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO Há +/- 8 HORAS, QUEIXA-SE DE DOR E EDEMA EM MÍDIA APÓS TRAUMA.

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 130x90 mmHg TAX: 0°C FR: 0 mmHg
FC: 0 bpm Glicemia: 0 mg/dl Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

MEDICAÇÃO USUAL

NENHUMA.

CONDUTA

AO PLANTONISTA.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Responsável: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

392235 - GEOVANNA COUTINHO DA SILVA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 05/07/2017
ASSIN. ELIABETH DE SILVA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
RUA DE SÃO JERÔNIMO, S/N,
FLORESTA, FLORESTA/PI - 64800-000
CEP: 64.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0453913

Data: 29/05/2017

Funcionário: IVANDA

Registro: 147249

Hora: 13:32:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 65

JOAQUIM DE SOUSA

CPF: - RG: 1.930.275 - SUS: 161026434030000

Idade: 45 ANOS, 5 MESES

Profissão: LAVRADOR

Civil: CASADO(A)

CEP: 64875-000

AMARO, S.

ROSA ALTAMIRA

Cidade: MANOEL EMÍDIO/PI

Pai: AMADEUS JOAQUIM DE SOUSA

Telefone: () -

MARIA PEREIRA DA SILVA

ORTOPEDIA

Documento: 0000

HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

Temp: °C

Peso: Kg

P.A.: /

Procedimentos

URGENCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

05/2017 13:32 030106006: ATENDIMENTO

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Multa

☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☒ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

Dores no peito

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Dores no peito

Procedimentos/Exames realizados:

Ass. Técnico

Exame físico:
Beato: Inole
Atenção:
Dores no peito

Dr. João Soares Júnior
Ortopedia e Traumatologia
Data: 29/05

0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORESTA - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 05/10/2017
ASSIN. ELIENAI 24.5.1113

Responsável: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
RUA SÉL FERRERIRA, S/N.
JUAZINA, FLORIANO/PI - 64800-00
CEP: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0453504
Data: 24/05/2017
Funcionário: IVANDA

Registro: 147249
Hora: 12:51:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 59

SUS

DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Idade: 45 ANOS, 5 MESES, 11 DIAS
Data de Nascimento: 10/12/1971
Profissão: LAVRADOR

Endereço: SANTO AMARU, S -
Cidade: PARDÁ -
Telefone: () -

Clínica: CLÍNICA MÉDICA Documento: 0000
Responsável: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA - O.P.F. 10

Temp.: °C Peso: Kg P.A.:
Procedimentos

URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Principal: ACIDENTE DE MOTO
Paciente vítima de acidente automobilístico, queda da moto
pelo acostamento. BEB, 45 anos, 1,75 m, 75 kg, cor da pele
branca, cabelos pretos.

Diagnóstico provável: Fratura por compressão da coluna cervical.

Medicação: 1. Talat 20mg + 1. Clonazepam 1mg

2. A.O. ortopédico.

Procedimentos/exames realizados:

Raios X para a coluna cervical.

Ass. Técnico

Responsável: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

FLORIANO - PIAUÍ

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA 05/10/2017

ASSIN. ELIAG - 165 5.016-1/2017

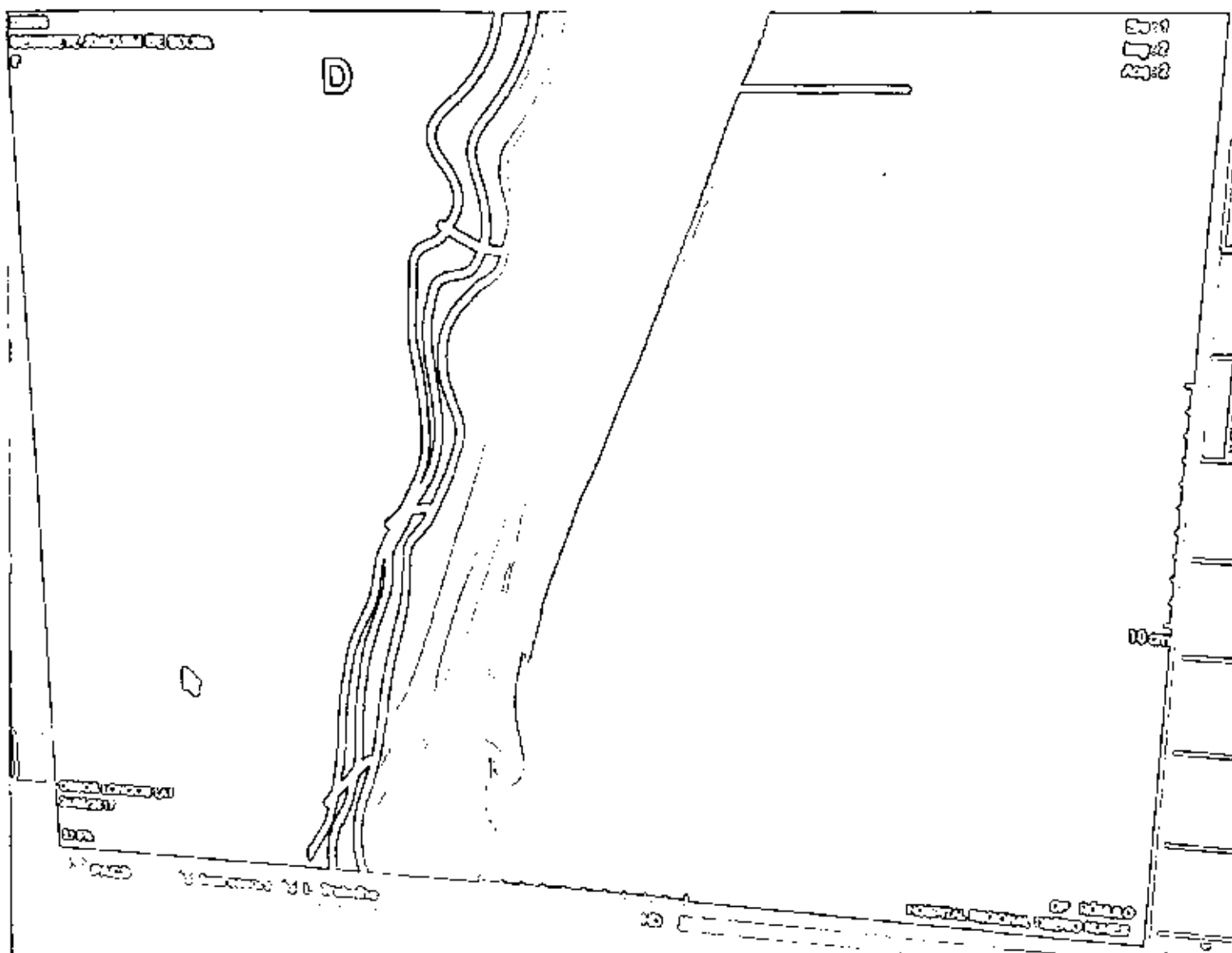
D

106

CONTEUDO NÃO VERIFICADO!

23 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



400307
Bureau de Contrôle

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 EDUARDO ALVES DOS SANTOS, portador(a) do

RG nº 1585.662, expedido por SSP-PI, em

05/05/95, CPF/CNPJ nº 748.086.803-00,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) DEUSDETE

JOAQUIM DE SOUSA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA, e conforme

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

Profissão: RECUSO-ME Renda Mensal: R\$ RECUSO-ME

Documentos comprobatórios: RECUSO-ME


ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 ABO. 7017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470



Documento não fiscalizado

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSARG nº 1.930.275, data de expedição 27/05/97, Órgão SSP-PI

CPF nº 797.423.273-00, 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>POVOADO BEBEDOURO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>MANOEL EMÍLIO</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64.875-000</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 99433-1348 ou 893521-2115</u>
E-mail	<u>EDIMAR ALVES</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MANOEL EMÍLIO-PI 00/06/17Assinatura do Declarante: Deusdete Joaquim de Sousa

DEPARTAMENTO DE REGISTRO DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470

Eletrobras
Distribuição Paulista

Para consulta com:
Eletrobras, informe
a sua Unidade

0724008-2

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ
Av. Maranhão 759 - Centro - Belém - PA
CEP: 66017-000
Fone: (011) 324-1111
Fax: (011) 324-1111

Nº da Fatura Fiscal: 000530788

A Fatura Fiscal de Energia Elétrica - FEEF, é emitida
pelo Estado do Pará, sob o nº 0724008-2.

PERÍODO DE FATURAMENTO: 01/10/2017
DATA DE FATURAMENTO: 25/05/2017
VALOR DA FATURA: 92
VALOR DO PAGAMENTO: 35,62

ROSILENE NESSIAS RODRIGUES SOUSA
PV BEBEDOURO S/N B-RURAL
CPF: 00002840814376
CEP: 64.875-000 - MANOEL ENIDIO

ROT: 273.538.09.83.200000

PERÍODO DE FATURAMENTO	DATA DE FATURAMENTO	VALOR DA FATURA	VALOR DO PAGAMENTO
01/10/2017	25/05/2017	92	35,62
Atividade	12423		
Atividade	12331		
Consumo em kWh	1,000		
Consumo em kWh	92		
Consumo em kWh	92	FCAM	

NORMA 30

Classificação	Unidade	Nome da Medida	Fato	Código	Módulo 12 meses
RESID. B.X. RENDA	NOMO	A661153		1.4.1.1	91

PERÍODO DE FATURAMENTO	DATA DE FATURAMENTO	VALOR DA FATURA	VALOR DO PAGAMENTO
01/10/2017	25/05/2017	92	35,62
Consumo	30 A R\$ 0,200790 =		6,02
Consumo	02 A R\$ 0,344207 =		21,34
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)			2,09
DIFERENCA DE TARIFA			26,49
SUBVENCAO BAIKA RENDA			20,32
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,39		

Mês/Ano	Valor R\$	Valor R\$
04/2017	18,89	
03/2017	47,77	

Declaramos quitados debitos desta UC no ano de 2016 (Lei 12007/09).

RESERVAÇÃO AO FISCO 1026.F55B.A00A.1939.D080.6743.9826.30E0

CLASSIFICAÇÃO DE CATEGORIA	VALOR	CLASSIFICAÇÃO DE CATEGORIA	VALOR
Consumo	14,98	Consumo	53,85
Energia	18,37	Alíquota ICM	20,00%
Tratamento	2,21	Valor do ICM	10,77
Emissão	5,71	Valor do ICM	0,32
Taxa	12,58	Valor do ICM	1,49

INDICADOR DE CATEGORIA	VALOR	INDICADOR DE CATEGORIA	VALOR
6,87	13,74	27,48	3,92
0,00	0,00	7,85	15,70
		3,97	0,00

ELIZEU MARTINS

03/2017

12,96

ROT: 273.538.09.83.200000

Eletrobras
Distribuição Paulista

SEU CÓDIGO
0724008-2

TOTAL A PAGAR
35,62

MÊS PAGAMENTO
05/2017

VENCIMENTO
25/05/2017

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ
Av. Maranhão 759 - Centro - Belém - PA
CEP: 66017-000
Fone: (011) 324-1111
Fax: (011) 324-1111

Nº da Fatura Fiscal: 000530788 FCM

83670000000 0 35620017000 5 00000000724 5 00826517008 0



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 64.002470

Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888
Fatura Mensal

2349863-3

Hidrometro: 404N236279

Nome/Razão Social/Endereço: EDMAR ALVES DOS SANTOS
RUA PROJ VINTE DOIS, 291 A
TIBERAO
FLORIANO 64800000

JUL/2017

AG 88

3/1

29/06/2017

27/07/2017

41 8 01 0165 0205-000

Mês/Ano	Medição de Consumo	Consumo	Debito
01/17	1833	14	0
02/17	1850	17	25
03/17	1867	17	2
04/17	1884	17	25
05/17	1892	8	2
06/17	1906	14	0
07/17		14	25

Forma de Faturamento: 25-FECHADO HABITADA

Cod. Responsável: 907973590

Cod. de Taxa: 01

Consumo Água: 14

Consumo Esgoto: 14

Consumo Resíduo: 11

Valor (R\$): 44,93
3,76
5,71
1,90

Cod. Nome do Serviço: 001/001

ÁGUA

MULTA IMPONTUALIDADE 001/001

JUROS DE MORA 001/001

MANUTENÇÃO HIDROMETRO

08/08/2017

AVISO DE DÉBITO: CONTAS 2 VALOR: R\$74,16

CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

56,30

SEMPRE A BOM DIA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.

PRESEERVE A BOM DIA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.

EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES

SEMPRE RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL.

AGESPISA

Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

2349863-3

Hidrometro: 404N236279

JUL/2017

AG 88

08/08/2017

56,30

8267000000-1-55300001872-3 34986330720-4 17000000001-0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470



PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL EMÍDIO - F
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
CNPJ 06.554.125/0002-20
SAMU 192



AMC

92

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

NOME DO PACIENTE: Prudente Joaquim de Sousa
SEXO: ☒ MAS () FEM IDADE: 46 anos
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Localidade Amesa
TIPO DA OCORRÊNCIA:

- () Envenenamento () Agressão Física (X) Acidente de Moto
() Choque Elétrico () Afogamento () Acidente de Carro
() Urgência Obstétrica () Queda () Mal Súbito
() Urgência Pediátrica () Já removido () Falso Chamado
() Ferimento Arma Branca () Ferimento Arma de Fogo () Queimadura
() Atropelamento () Urgência Clínica

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

- () Alerta
(X) Responde ao Comando
() Responde a Dor
() Sem resposta

PUPILAS: FALA:
(X) Iguais () Normal
() Desiguais () Confusa

PULSO RADIAL:

- (X) Forte
() Fraco
() Ausente
() Leve
() Moderado Intenso

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- () Aspiração () Outros _____ () Acesso Venoso
() Oxigênio (X) Imobilização de extremidades Solução _____
() Reanimação CARDIO-RESP (X) Prancha () Ass. Obstétrica
() Ventilação Artificial () Colar Cervical () Hemostasia
(X) Monitorização () KED () Curativo

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS:

Obs: fratura no membro inferior direito.

ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

- (X) Melhorando () Severa Gravidade () Indeterminado
() Piorando () Média Gravidade () Óbito antes do Socorro
() Inalterado () Pequena Gravidade () Óbito no transporte
() Coma () Ileso

HOSPITAL DE DESTINO: HPP

ma de Jéssica S. Alencar
Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

ma Claudia Almeida
Profissional Responsável Hospital
Sabrina Amorim de Santana
Coordenadora do SAMU
Manoel Emídio - PI
COREN - PI 493449.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Gente, Norte CEP: 64.002470



PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL EMÍDIO - PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
CNPJ 06.554.123/0002-20
SAMU 192



192

SOLICITAÇÃO DE SOCORRO

Data: 24/05/2017 Nº FONE DO SOLICITANTE: 994759854 Nº VÍTIMAS: 1

AMBULÂNCIA ACIONADA: ☒ USB () USA () AMBU. ESTADO

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

- | | | |
|--|---------------------------|------------------------------|
| ☒ Acidente de Trânsito | () Queimadura | () Transporte/Transferência |
| () Queda | () Choque Elétrico | |
| () Envenenamento | () Urgência Clínica | () Já removido |
| () Agressão Física | () Urgência Obstétrica | () Falso Chamado |
| () Afogamento | () Urgência Psiquiátrica | () Outros |
| () Mal Súbito | () Urgência Pediátrica | |

Local da Ocorrência:

Localidade Omeça

Ponto de Referência:

Próximo a casa do Senhor Gervásio

CONTROLE DA UNIDADE

SAÍDA DO P.A.: 7:27 h

CHEGADA AO LOCAL: 7:34 h

SAÍDA DO LOCAL: 7:38 h

CHEGADA AO HOSPITAL: 7:42 h

SAÍDA DO HOSPITAL: 8:00 h

CHEGADA AO P.A.: 8:05

HOSPITAL DE DESTINO:

HPP

APOIO SOLICITADO:

() POLICIA MILITAR

() POLICIA CIVIL

() UNIDADE ESTRA

()

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 ABO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

Telefonista

Ana Claudia Almeida
Enfermeiro/Técnica Enfermagem
Sabrina Antônia de Santana
Coordenadora do SAMU
Manoel Emídio - PI
COREN - PI 493440

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



0004

Eu, DEUSDETE TOAQUIM DE SOUSA, portador da carteira de identidade nº 1.930.275, e inscrito no CPF/MF sob o nº 797.4023.273-00, residente e domiciliado na POUDADO BEBEDOURO ZONA RURAL, Cidade MANOEL EMILIO, 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:

- (☒) 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 Lider 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.

Deusdete Joa. Quim de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Manoel Emilio - PI 00/06/2017

Local e data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
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 Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Deusdete Joaquim de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Pv Bebedouro, S/N
Rural Manoel Emidio PI CEP: 64875-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1.930.275
Data local do exame: [04/09/2017] Florianópolis [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 DA EPÍFISE DISTAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DIREITA. APRESENTA NO MOMENTO ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO E PÉ DIREITO, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ 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?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- EVOLUIU COM ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO E PÉ DIREITO, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ DIREITO.**
Data da alta: REFERE QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.
FEZ TRATAMENTO COM IMOBILIZAÇÃO COM APARELHO GESSADO POR 90 DIAS, REFERE QUE NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO TEVE COMPLICAÇÕES.
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- APRESENTA NO MOMENTO ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO E PÉ DIREITO, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ 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" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| TORNOZELO - Direito | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio (☒) 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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


Mauro Ricardo R. Bilibic
Médico
CRM - PI 4606 / MA: 6373



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - GPI
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE COLÔNIA DO GURGUEIA-PI
Rua Sebastião Barbosa da N. Centro, Colônia do Gurgueia-PI, CEP: 64.005-000, email: dp.civil@sepi.pi.gov.br, Fone: (85) 99153-3107



0001

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 210/2017 - DPCCG

Delegacia: Delegacia de Colônia do Gurgueia/PI Resp. p/ Registro: Ana Carolina Tobler Gomes
Delegado: Danilo Barroso Ferreira Gomes Data/Hora: Sex - 02/06/2017 10h24min

NATUREZA DO FATO

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO SEM VITIMA

384304

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: Colônia do Gurgueia / Data/Hora: 34/05/2017 18h00min
Local: Br 135.
Endereço: Povoada Almeida
Bairro:
Ponto de Ref.
Município: Manoel Emídio Estado: Piauí

DADOS DO NOTICIANTE/ VITIMA

Nome: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA Idade: 10/12/1971 46ANOS
RG: 1.930.275SSP/PI CPF: 797423273-00 Telefone:
Filiação: Ana Raimunda da Silva Rocha Lemos e Washington da Silva Lemos
Endereço: Povoado Chibú
Bairro: Zona Rural
Ponto de Ref.
Município: Manoel Emídio Estado: Piauí

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017

VEÍCULO ENVOLVIDO

Marca/Mod/Ano: HONDA/NXR 150 BROS ES
Cor: AMARELA

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
CEP: 64.002-470
Placa: CR17P (Modelo) CEP: 64.002-470
Renovar: 116835664

NARRATIVA DO FATO

O notificante acima qualificado veio ao Distrito Policial notificar que na data e hora especificados acima estava pilotando a motocicleta, marca/modelo HONDA/NXR150 BROS ES de propriedade de seu sobrinho SANDRO PEREIRA DE FREITAS, em direção a sua residência, quando se deparou com um cachorro que atravessou em sua frente. QUE o notificante não conseguiu desviar do animal e colidiu com o mesmo. QUE o notificante perdeu o controle da motocicleta e caiu. QUE o notificante foi socorrido pelo SAMU e levado para o hospital de Manoel Emídio, onde foi constatado uma lesão grave em sua perna direita. Que veio registrar a ocorrência para tomar as devidas providências legais.

Deusdete Joaquim de Sousa
Notificante

Ana Carolina Tobler Gomes
Escrivã de Polícia Civil 3ª Classe
Escrivã (Mat. 2006-123)

Obs: A falsa comunicação à Polícia constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Deusdete Joaquim de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Póv. Bebedouro, S/N
Rural Manoel Emídio, PI CEP: 64875-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1.930.275
Data local do exame: [05/12/2017] Floriano [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 DA EPÍFISE DISTAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DIREITA.
APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO E PÉ DIREITO, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ 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?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (Item V). Se necessário.
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (Item V).
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**EVOLUIU COM ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO E PÉ DIREITO, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ DIREITO.
Data da alta: REFERE QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.
FEZ TRATAMENTO COM IMOBILIZAÇÃO COM APARELHO GESSADO POR 90 DIAS, REFERE QUE FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO TEVE COMPLICAÇÕES.**
- III. Existe sequela (lesão deficiente irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
APRESENTA NO MOMENTO ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO E PÉ DIREITO, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ DIREITO.
Caso a resposta seja "Não", conduzir 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" | () "Sem sequela permanente" |
| <small>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</small> | <small>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenuação proporcionada por qualquer medida terapêutica)</small> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <small>Vale motivo de impedimento no campo das observações</small> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Direito | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
(☒) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações ().
() Total = "100% da IS"
- V. () Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a):
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Mauro Ricardo Ramos Brito
 CPF - 500.643.500-91
CRM/PI - 4806

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, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

SU DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA
PORTADOR(A) DO RG Nº 1930.275 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 27/05/97
CPF 797423273-00 /CNPJ 000000000-0000-00 PROFISSÃO AVULSO
E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou 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 POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA-FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5794 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4660-4

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

MANOEL ENRÍDIO-PI. 00 de JUNHO de 2017 Deusdete Joaquim de Sousa
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 na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.943/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguroctransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0771-204.

Data: 06/06/2017 Hora de Brasília: 09:31

Deposito em Conta Poupança

Favorecido

Banco - 233

Agência: (05794)

Conta

Nome

CANTO DO BURITI

DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Depositante

Valor em dinheiro :

Valor em cheque :

Valor total

Ag. Bradesco : 5194 - CANTO DO BURITI

Corresp. Banc. : 095 - SOLENIS

SUPERMERCADOS

NSU: 027711024687 Autenticação: 423189

U SOLENIS SUPERMERCADOS atua como
Correspondente Bancário do Banco
Bradesco S.A.

Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRANCO

0606 727 855

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BIVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coslho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002479

Date: 06-08-2017
Time: 11:00 AM
Page No: 1

Описание работы

majority report of the President's Council on

Ad. No. 100-15794 - 00140 20 JUL 14
:035 - SOLIDUS CARPENTHICODOS
PAGE 2

TILLOTSON-CLARK

b - 0952-6787

2020

“*Shi*”

•

2011年11月11日

100

09-07-2007 09:05:30

DATE: 11/11/2011

FORM : 01-08-55

കോളിംഗ് ഓഫ് അഗതികൾക്ക് പ്രതിഫലം

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.

2025年12月21日

1955 12 21 5833

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Nº Sinistro: 3170466523

Vitima: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Data do Acidente: 24/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

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 3170466523**.

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

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Sinistro: 3170466523
Vítima: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA
Data do Acidente: 24/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

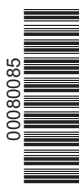
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170466523** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11587833

A/C: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Sinistro: 3170466523 ASL-0328154/17
Vítima: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA
Data Acidente: 24/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

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, 12 de Setembro de 2017

Carta nº: 11635789

A/C: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Sinistro: 3170466523 ASL-0328154/17
Vítima: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA
Data Acidente: 24/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

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: **DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **237**

Agência: **000005794-0**

Conta: **000004660-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2017

Carta nº: 11569972

A/C: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170466523 ASL-0328154/17
Vítima: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA
Data Acidente: 24/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

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 GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

08/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531, 25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05794-0

CONTA: 000000004660-4

Nr. Autenticação

BRDESCO0809201705000000000023705794000000004660253125 PAGO



Continuação no anexo 2

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
 Profissão: LAUREADOR
 Identidade: 1.930.275 CPF: 797.423.273-00
 Endereço: POVOADO BEBEDOURO ZONA RURAL/MT. GILVIO-PI

PROCURADOR:

Nome: Edimar Alves dos Santos
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
 Profissão: Autônomo
 Identidade: 1.585.662 SSP - PI CPF: 748.086.803-00
 Endereço: Rua Projetada 22 nº 291 Floriano - PI

DEPARTAMENTO DE REGISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Morte CEP: 64.062-470

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me Perante a Seguradora Líder dos Consorcio DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincors, e corretores). para fins específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

M. Gilvito, 20/06/2017.
 Local e data

Deusdete Joaquim de Sousa

Assinatura do Beneficiário/Vítima
 (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO ÚNICO

Reconheço a Firma por autenticidade

de Deusdete Joaquim de Sousa.

Em Teste. Manoel de Verdade.

Manoel Emídio (PI) 20/06/17

Manoel Emídio de Sousa



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170466523

Cidade: Manoel Emídio

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Data do acidente: 24/05/2017

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da epífise distal da tíbia e da fíbula direita.**Descrição do exame médico pericial:** Apresenta no momento alteração anatômica com hipertrofia no tornozelo e pé direito, e com perda de força e diminuição dos movimentos articulares do tornozelo com o pé direito.**Resultados terapêuticos:** Tratamento com imobilização com aparelho gessado por 90 dias, refere que não fez fisioterapia.**Sequelas permanentes:** Limitação Funcional grave do tornozelo direito.**Sequelas:** Com sequela**Data da pericia:** 04/09/2017**Conduta mantida:****Observações:****Médico examinador:** Mauro Ricardo Ramos Bilibio**CRM do médico:** 4606**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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO**CRM do médico:** 17727**UF do CRM do médico:** PE**Assinatura do médico:**

Deusdete Joa Quimola Sousa



CARTA DECLARATORIA

DEUSDETE JOAQUINA DE SOUSA, RG 1.930.295 CPF 797.423.273-00
SINISTRO 3170466523. VENHO ATRAVES DESTA INFORMAR A SEGURADORA
QUE NÃO ACEITO O VALOR INDENIZADO QUE FOI 17% DE 14% DO VALOR TOTAL
R\$ 500,00, POR ISSO VENHO PEDIR A SEGURADORA, QUE MARQUE UMA NOVA
PERICIA MEDICA PARA COMPROVAR AS SEQUELAS QUE FIQUEI, TENHO
O LAUDO MEDICO COMPROVANDO A SEQUELA QUE FIQUEI QUE FOI CONSTATADO
70% REDUÇÃO FUNCIONAL, ESTOU ENVIANDO O LAUDO PARA COMPROVAR
E PELO QUE A SEGURADORA MARQUE UMA NOVA PERICIA PARA
PODERA COMPROVAR AS SEQUELAS QUE VOU FICAR PARA RESTO
DA VIDA,

CONTABILIDADE DE CONTAS ECONOMIA
CONTÉUDO DO VERIFICADO
16 NOV. 2017
AGENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Niterói CEP: 24.002-470

MANOEL EMÍDIO 07 DE NOVEMBRO 2017

•



Carteira de Habilitação de CNH

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EDIMAR ALVES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
1585662 SSP PI

CPF
748.086.903-00

DATA NASCIMENTO
06/02/1977

FILIAÇÃO
SEVERO ALVES DOS SANTOS
MARIA ELIETE DE S SANTOS

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02804276030

VALIDADE
21/11/2020

Nº HABILITAÇÃO
10/01/1998

OBSERVAÇÕES

Edimar Alves dos Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FLORIANO

DATA DE EMISSÃO
25/11/2015

14560808861
PI316457108

ARÃO MARTINS DO REGO LOPES
DEPUTADO GERAL DO DETRAN - PI
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - PI (PTAU)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1235009555

PROIBIDO PLASTIFICAR
1235009555

DEPARTAMENTO DE REGISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.930.275 DATA DE EMISSÃO 27.09.77

DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Amadeus Beagão da Silva
Mário Pereira da Silva

Manoel Fidalgo 10. Dec. 1971
DATA DE NASCIMENTO

Cas. nº 679 Lv. B-05 FL. 1500
Exp. 27.09.74 Manoel Fidalgo

PLN-7 115 DE 2108/73



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 ABO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho da Resende, 55 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitted on: 09/12/88

Amadeus Beagão da Silva

Manoel Fidalgo 10. Dec. 1971

Cas. nº 679 Lv. B-05 FL. 1500
Exp. 27.09.74 Manoel Fidalgo

PLN-7 115 DE 2108/73

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Renda Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Nº de inscrição
797423272-00

Data de Nascimento
10/12/71

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 ABO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho da Resende, 55 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

**CLIMED**

CONTRIBUINDO PARA A SUA SAÚDE.

CONSULTAS MÉDICAS
CIRURGIA GERAL
MEDICINA DO TRABALHOULTRASSONOGRAFIA
ELETROCARDIOGRAMA
EXAMES LABORATORIAIS

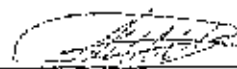
0008

CLIMED

LAUDO MÉDICO

DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA, 45 ANOS DE IDADE, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE POR QUEDA DE MOTOCICLETA, COM CONSEQUENTE FRATURA DISTAL, COMINUTIVA DA TÍBIA DIREITA E FISSURA DA FIBULA CORRESPONDENTE. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 3 MESES. NO MOMENTO APRESENTA ATROFIA E DOR NO MEMBRO CORRESPONDENTE E COM REDUÇÃO FUNCIONAL DE 70%.

MANOEL EMÍDIO, 26/10/17


FRANCISCO ADALBERTO NUNES
CIRURGIA GERAL E ULTRASSONOGRAFIA
CRM-PI 1999/ RQE 716

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 NOV. 2017
AGENTE SEGURADORA S/A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Fortaleza - Ceará CEP: 64.002411