

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2016

Carta nº: 9514584

A/C: LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA

Sinistro: 3160484188 ASL-1005413/16
Vitima: LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA
Data Acidente: 17/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEIDIANA DE SOUSA LEAL

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2016

Carta n°: 9517817

A/C: LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA

Sinistro: 3160484188 ASL-1005413/16
Vitima: LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA
Data Acidente: 17/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEIDIANA DE SOUSA LEAL

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **01/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/06/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2016

Carta n°: 9843533

A/C: LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA

Sinistro: 3160484188 ASL-1005413/16
Vitima: LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA
Data Acidente: 17/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEIDIANA DE SOUSA LEAL

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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

Atenciosamente,

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

EU, Luis Carlos Braga Ferreira, PORTADOR(A) DO RG Nº 2.742.566, EXPEDIDO POR SSP EM 19/08/16, E CPF 029.606.653-25 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Pedreiro, E RENDA MENSAL DE R\$ 1.125,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Luis Carlos Braga Ferreira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o 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 da carteira múltipla com informação de código de segurança.

CAPEMISA

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) _____

01 AGO. 2016

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0004-013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0007-1376-6

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

Teresina , 01 de Junho de 2016

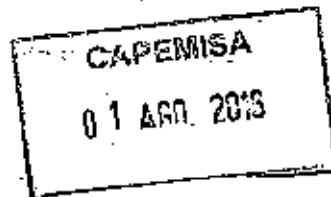
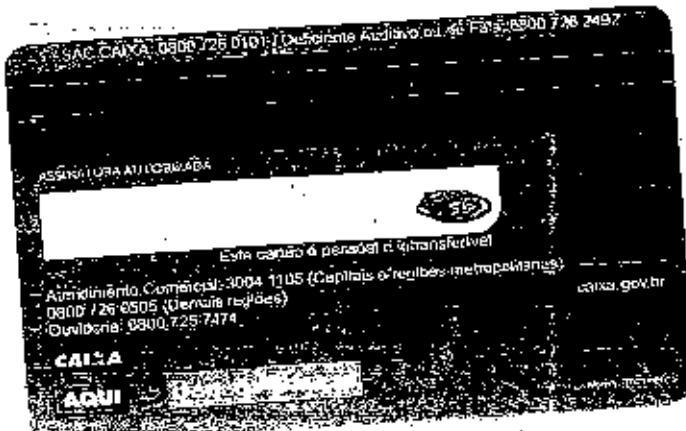
LOCAL E DATA

Luis Carlos Braga Ferreira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA, portador da carteira de identidade nº 2.743.566 e inscrito no CPF/MF sob o nº 029.606.653-28, residente e domiciliado na AV. ZEQUINHA FREIRE Nº 5554, Cidade TERESINA, 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;

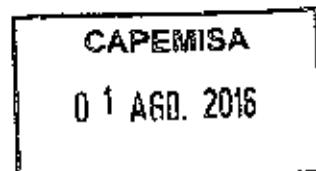
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

TERESINA (PI) 01.06.16

Local e data





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leidy Leal Cardos Braga Ferreira

RG nº 2.743.566, data de expedição 19/08/05, Órgão SSP

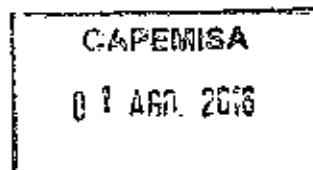
CPF nº 029.606.653-25, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Avenida Zéquinha Freire</u>
Número	<u>5554</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Vale quem tem</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64057-310</u>
Telefone de Contato	<u>(86)98124-4722 / (86)98831-4439</u>
E-mail	<u>leidy.leal@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina, 03 de junho de 2006

Assinatura do Declarante: Leidy Leal Cardos Braga Ferreira



Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 259 - Centro Sul - Teresina - PI
CNPJ: 04.841.071/0001-29 | Fone: (97) 3233-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1
Regime Especial de Imprensa autorizado pelo SIE/PI/02/06/93

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
597012-1

Nº da Metá Fiscal: 008761977

A Dívida Sucedida de Energia Elétrica - DSE é faturada
pelo Lutri 10.4.26 do 26 de abril de 2002.

ABRIL/2016 27/04/2016 101 120,61

MARIA DO ROSARIO DE SOUSA LEAL
AV ZEQUINHA FREIRE 5554 B-URBANO
CPF: 00070956022391
CEP: 64.000-000 - TERESINA

64057-310

ROT: 13.001.59.09.175609

DETALHAMENTO DE FATURA		DETALHAMENTO DE FATURA	
Mês:	12/2015	Mês:	19/04/2016
Ano:	12/2015	Ano:	21/03/2016
Ano:	12/2015	Ano:	19/05/2016
Constante de Multiplicador:	1.000	Constante de Multiplicador:	19/04/2016
Consumo Módulo:	181	Consumo Módulo:	19/04/2016
Consumo Faturado:	181	Consumo Faturado:	19/04/2016
	FEAM		FEAM

DETALHAMENTO DE FATURA		DETALHAMENTO DE FATURA	
Mês/Ano	03/2016	Mês/Año	03/2016
Valor R\$	703,43	Valor R\$	703,43
DETALHAMENTO DE FATURA	DETALHAMENTO DE FATURA	DETALHAMENTO DE FATURA	DETALHAMENTO DE FATURA
MAR/16	51	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	107,56
FEV/16	51	2A. VIA PEDIDO CONSUMIDOR (2X)	8,05
JAN/16	52	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	5,00
DEZ/15	53		0,93
NOV/15	56		
OUT/15	57		
SET/15	59		
AGO/15	62		
JUL/15	57		
JUN/15	53		
PARTE SOM TRIBUTO:			
8 A 181 - 0,445842			

DETALHAMENTO DE FATURA

Mes/Año Valor R\$ Detalhamento subjetivo à propositura de Informações de
atualização de faturamento a partir de 01/01/2016 de faturado das contas
faturadas nessa fatura, o valor subsequentemente anulado, também é
indicado de modo de consumo, na fatura. (P) = Passos
e (A) = Atualizações (A) = Atualizações e (R) = Reversões (R) =
reversões de R\$ 19,32 (valor histórico). Caso haja efetuado
o pagamento favor desconsiderar este aviso.

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCERIO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER
CANCELADA A QUALQUER TEMPO EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO, EM CA-
SO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA, DIRIGA-SE AO SUS
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO AFE6.A114.C27E.81E0.B4E2.SEDF.9E47.4AD9

DETALHAMENTO DE FATURA		DETALHAMENTO DE FATURA	
Dispositivo:	27,33	Base de Cálculo:	107,56
Energia:	40,55	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmíssor:	3,73	Valor do ICMS:	21,51
Encargos:	8,76	Valor do PIS:	0,97
Trânsito:	26,99	Valor do COFINS:	4,51

15,19 10,38 20,77 3,90 6,60 13,20 2,94
0,00 0,00 0,00

07/2016 12:18

CAPEMISA
01 AGO. 2015

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, LEIDIANA DE SOUSA LEAL

RG nº 2579748, data de expedição C/N/14, Órgão SSP-PR,

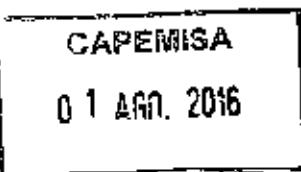
CPF nº 036.319.243-39 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AU. PECUINHA FREGIPE</u>
Número	<u>5554</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>URBANO</u>
Cidade	<u>TERESINA</u>
Estado	<u>PIAUI</u>
CEP	<u>64057-350</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 98124-4722</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TERESINA 01.06.16

Assinatura do Declarante: Leidiana de Souza Leal





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PLÂNT
Av. Marechal Deodoro 759 - Cx. Postal/Sul - Teresópolis - RJ
CNPJ: 00.8487.748/0001-01 | Insc. Estadual: 19.301.084-5
Nota Fiscal / Centro de Energia Elétrica - Série 8-1.
Seu documento está impresso a partir da data 04/09/2015

Para contato com:
Electrobras, entre em
contato com o

SEU CÓDIGO
ESTRADA 13970241

000761977

Nº da Nota Fiscal:

A. Diretiva Social de Enfermagem - DSEI foi criada
pela Lei nº 10.438 de 10 de outubro de 2002.

REGISTRO EXPEDIDO A IMPRENSA (QUANTIDADE DE PÁGINAS)	PERÍODO (TODOS OS DIAIS)	TOTAL A PAGAR (R\$)
CONTAS MENS	VENCHAMENTO	CONSUMO (R\$)

MARIA DO ROSARIO DE SOUSA LEAL
AV ZEQUINHA FREIRE 5554 B-URBANO
CPF: 00070958822391 64057310
CEP: 64.000-000 TERESINA ROT: 13.001.59-09.175689

DADOS DA LEITURA	kmh	DATOS DA LEITURA	
Leitura:	12090	Atual:	21/03/2016
Anterior:	1.000	Anterior:	19/05/2016
Constante da Multímetro:	181	Próxima Leitura:	19/04/2016
Consumo Medido:	181	Excedente:	19/04/2016
	FCAM	Antecedente:	

AFE6.A114.C27E.81E0.B4E2.5EDF.9E47.4AD9

RESERVADO AO FISCO		IMPOSTOS/REFUNDOS - R\$	
COOPERAÇÃO CIVIL - R\$	27,39	107,98	
Despesas:	40,55	Brinde Escala:	20,00%
Energia:	3,73	Aliquota ICMS:	21,51
Alimentação:	8,76	Valor do ICMS:	0,97
Exangos:	26,99	Valor do PIS:	4,51
Trânsito:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIAS	MESES	ANO	PER.	PER.	PER.	PER.
Media	10,38	20,77	3,30	6,50	13,20	2,94	
Desv. Std.	5,19	10,38	3,30	6,50	13,20	2,94	
Min.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Max.	10,38	20,77	3,30	6,50	13,20	2,94	

CAPEMISA

01 APR 2010



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.

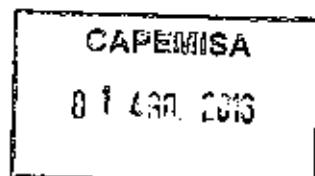
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Leidiano de Souza Leal, portador(a) do RG nº 2.579.748, expedido por SSP, em 13/06/06, CPF/CNPJ nº 036.319.243-30, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Luis Carlos Braga Ferreira do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ, da vítima Luis Carlos Braga Ferreira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

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

Documentos comprobatórios: CNH

Leidiano de Souza Leal
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL "DR. ROOSEVELT BASTOS"
PORTO, CIDADE DE TODOS
PREScrição MÉDICA E CONTROLE DE APiCACÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 25-10-15 HORÁRIO DAS MEDICAÇÕES

ANOTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

① Sels oral beipoglicina 100 mg
 ② SF 0,1% - 500 ml, 100 ml
 ③ Ceftriaxone 1g. IV 10/12h
 ④ Guntacina 50 mg - 1amp. EV 8CPG 16:00
 ⑤ Voltaren - 1amp. IM 10/12h
 ⑥ Lipirina - 1amp. AD EV 616.4/5.01 16:00
 ⑦ Glicuramido 5 mg - 1amp. 50 ml
 ⑧ Manito, 1amp. antes de jantar
 ⑨ Sulparina 850 mg - 1amp. 50 ml
 ⑩ 500 ml de geng
 ⑪ 500 ml de geng

16:00 - ~~Fluox~~
 16:00 - ~~Fluox~~

At. admitido para observação. Comentário:
 Dentes expostos. Apresenta inflamação.
 Pr. ② + férula hor 48h. Nega dor + urina e
 alergia. Recomendo adm. de medicamento
 conforme orientação médica.

Maringá - Lima de Carvalho
 Endocrinologista
 GOREN 369.967

Perro de silvo
ESTICO
C. 1877



TEMPERATURE 38.4

۱۰۰

80 J. L. BROWN

153

10200-100000



00012

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

Nome: LUIZ CARLOS BRAGA PEREIRA

DOC. IDENTIFICADOR
2743566 SSP RJ

CEP: 029.606.659-25 **DATA Nascimento:** 05/11/1985

PAI: FRANCISCO CLAUDIO PEREIRA
Mãe: MARIA DO SOCORRO COELHO BRAGA

UF: RJ **AC:** RJ **CEP:** 24000-000

CPF: 98120701003 **VALIDADE:** 20/12/2020 **HABILITAÇÃO:** 24/01/2011

OBRAZES:

Luis Carlos Braga Pereira

CONSTITUIÇÃO DO PORTAROLHO

Nome: BARBOSA **DATA DE EMISSÃO:** 06/01/2016

Assinatura de Mário Barbosa
 MARIO BARBOSA
 76021451018
 PI315461598

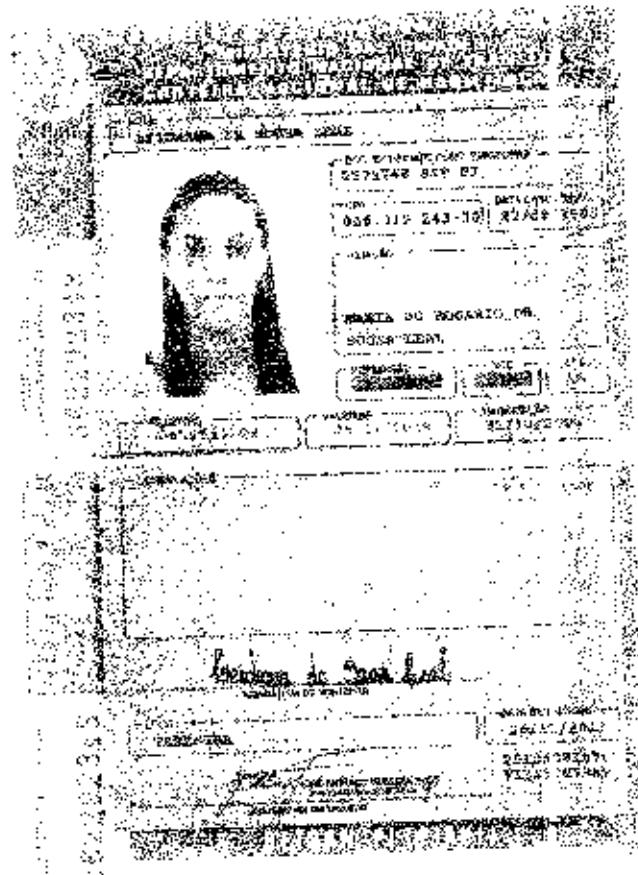
DELEGADO PELA AUTORIDADE

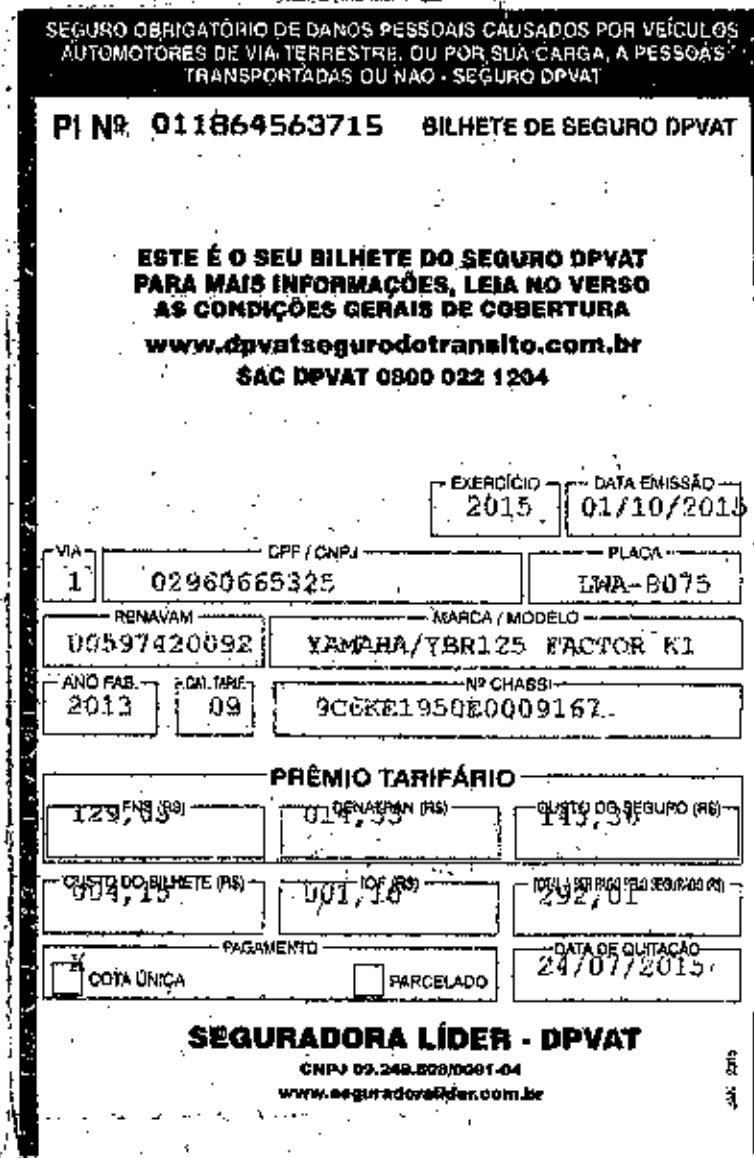
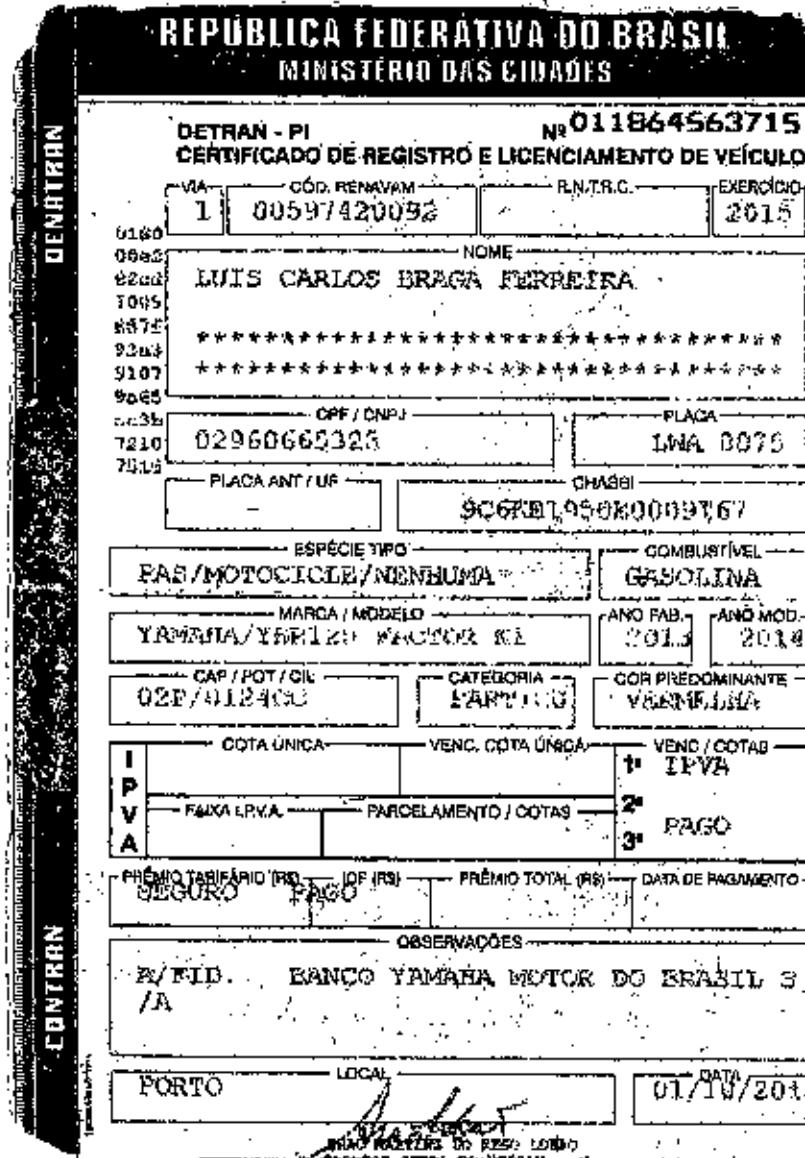
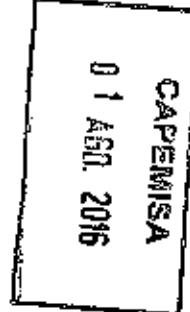
01 AGO. 2013

Carteira
01 AGO. 2013

1235946810







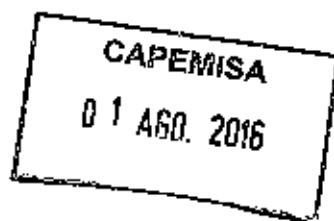
Declaracão

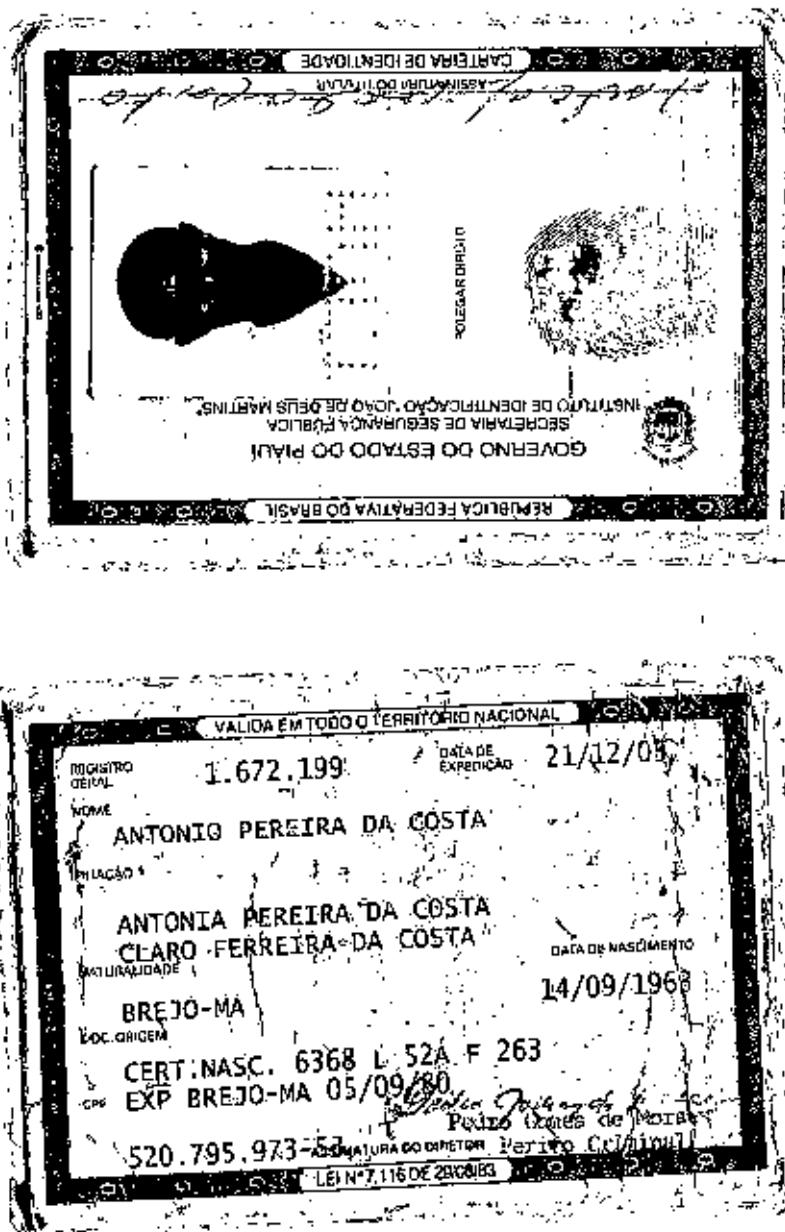


Eu, Antônio Peleita Pesta, portador do RG: 3.672.199
SSP-PJ, e CPF: 520.795.973-53, declaro para devidos fins
que socorri Luis Carlos Braga Ferreira em um acidente
na PI 332, próximo ao Riochão dos Carvalhos, União - PI.

Antônio Peleita Pesta
Declarante

Teresina, 01 de agosto de 2016.





CAPEMISA
01 AGO. 2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160484188 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA **Data do acidente:** 17/06/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: lesão em pé esquerdo

Resultados terapêuticos: tratamento conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica válida disponível não há lesões e/ou sequelas permanentes indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Pecuária
-0025

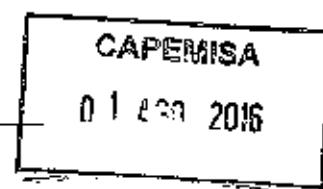
OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: <u>LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>PEDREIRO</u>
RG: <u>2743566</u>	Org. emissor <u>SSP-PI</u>	D. Expedição <u>C / N / H</u>
Endereço: <u>AV. ZEQUINHA FREIRE</u>	Nº <u>5554</u>	
Cidade: <u>TERESINA</u>	Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64057-310</u>

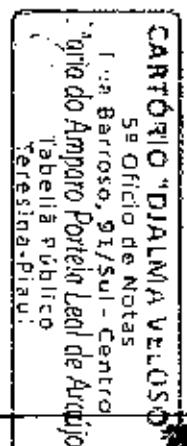
OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: <u>LEIDIANA DE SOUSA LEAL</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil:	Profissão:
RG: <u>2579748</u>	Org. emissor <u>SSP-PI</u>	D. Expedição <u>C / N / H</u>
Endereço: <u>AV. ZEQUINHA FREIRE</u>	Nº <u>5554</u>	
Cidade: <u>TERESINA</u>	Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64057-310</u>

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representá-me perante H.U.T / H.P.M / HGV a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do SeguroDPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA

Acidente ocorrido em: 17/06/15Local / data: TERESINA (PI) 07-06-16

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Av. do Amoroso, 91/Sul - Centro
Teresina - PI - Fone: (86) 3221-6955

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 07/06/2016. Efol: 35277-035 Set: 0,10 Total: 3,97

ROSENTR DE MOURA LIMA - Escrivão Autorizada
(5)

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)