

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180321608**

Vitima: **ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **19/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180321608**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13120912



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180401774**

Vitima: **ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **19/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180401774**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13315123



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA**
Nº Sinistro: **3180401774**
Vitima: **ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA**
Data do Acidente: **19/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180401774**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180401774

Vítima: ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 19/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Aos Cuidados de: **ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180401774**
ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: **19/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: **REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180401774**.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13817224



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180401774**

Nome do(a) Examinado(a): **ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Conjunto Teresina Sul, S/N, QD 2 CS 7 - Angelim - Teresina - PI - CEP 64040-740

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1956887**

Data e local do acidente: [**19/04/2018**]

RUA CEARA COM RUA COELHO DE RESENDE - PRIMAVERA - TERESINA PI

Data e local do exame: [**10/01/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

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

VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO TORNOZELO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM JULHO DE 2018.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do tornozelo direito

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

VÍTIMA JÁ INDENIZADA PELA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 09/10/2018. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO EM GRAU MODERADO. CONDUTA MANTIDA.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

011. 309. 543-07

Alberto Arnaldo Dos Santos Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Alberto Arnaldo Dos Santos Silva		CPF titular da conta 011. 309. 543-07		Profissão Agente de Portaria	
Endereço Rua. Resid. Teresina Sul 9-2 C-107		Número 07		Complemento Casa	
Bairro Angelica	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 64040-740	Telefone (DDD) (86) 3303-4104	
Email					

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CADAX ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NÚM. 16 06 D/V ☐ CONTA NÚM. 90902 D/V 4
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NÚM.
 AGÊNCIA NÚM. D/V CONTA NÚM. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Teresina, 03 de Julho de 2018

Local e Data

Alberto Arnaldo Dos Santos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

12 JUL 2018

RECEBIDO



ASL-0255262/18
vitor.rodriques.0133
29/08/2018 12:38:22

ASL-0255262/18
vitor.rodriques.0133
29/08/2018 12:38:22

ASL-0255262/18
vitor.rodriques.0133
29/08/2018 12:38:22

ASL-0255262/18
vitor.rodriques.0133
29/08/2018 12:38:22

ASL-0255262/18
vitor.rodriques.0133
29/08/2018 12:38:22

ASL-0255262/18
vitor.rodriques.0133
29/08/2018 12:38:22



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000271/2018-55

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 30/05/2018 - 12:25

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA CEARA COM RUA COELHO DE RESENDE, Nº:

Complemento

Data/Hora

19/04/2018 - 12:00

Bairro

PRIMAVERA

Ponto de Referência

COLÉGIO MURILO BRAGA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA

RG: 1858887 SSP/PI

Mãe: MARIA RODRIGUES DOS SANTOS SILVA

Pai: RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA

Endereço: RESIDENCIAL TERESINA SUL O, QUADRA-Z, CASA-07, Nº

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA RUA CEARA, SENTIDO OESTE/LESTE, CONDUZINDO A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, COR PRETA, ANO 2010/11, PLACA NIS-7279, RENAVAM 273146874 DE PROPRIEDADE DE MARIA DE FÁTIMA ALVES DA COSTA, E NO CRUZAMENTO COM A RUA COELHO DE REZENDE, PAROU OBEDECENDO A SINALIZAÇÃO, QUANDO O CONDUTOR DE UM VEÍCULO DE PLACA E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADOS, QUE SEGUIA NA MESMA VIA, NA MESMA DIREÇÃO E SENTIDO, COLIDIU COM A MOTO DO INFORMANTE EVADINDO-SE DO LOCAL, FICANDO O INFORMANTE LESIONADO SEGUNDO O PRONTUÁRIO Nº 432349 DO HUT, PARA ONDE O MESMO FOI LEVADO APÓS SER SOCORRIDO PELO SAMU. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085186
AGENTE DE POLÍCIA

ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

SABEMI SEGURADORA S/A

12 JUL 2018

RECEBIDO

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Alberto Arnaldo Dos Santos
Silva

CPF da Vítima

011.308.543-07

Data do Acidente

19/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

(86) 3303-4104

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

RECEBIDO

Teresina, 03 de Julho de 2018

Local e Data

Alberto Arnaldo Dos Santos Silva

*Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



19

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 Hora do chamado	04 Saida do local	05 Chegada ao 1º hospital
	06 Saida do local	07 Chegada ao 2º hospital	08 Saida do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	10 Endereço	11 Bairro	12 Município	13 Ponto de referência	
Local da Ocorrência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade		
	17 Tipo de ocorrência	18 Meio de locomoção	19 Outra parte envolvida	20 Equipamentos de segurança	21 Local da lesão
Dados do Paciente	22 Glasgow	23 Resposta verbal	24 Resposta motora	25 Sinais vitais	26 Local da lesão
	27 Pupilas	28 Dor	29 Escala de dor	30 Fratura	31 Procedimentos realizados
Tipo de Ocorrência	32 Hospital de destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	35 Observações	
	36 Observações	37 Observações	38 Observações	39 Observações	40 Observações
Acidente de Transporte	41 Responsável pela recepção	42 Socorristas	43 Enfermeiro	44 Condutor	
	45 Responsável pela recepção	46 Socorristas	47 Enfermeiro	48 Condutor	

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000090902-4

Nr. da Autenticação A651396974130B5C

NOME/ENDEREÇO		ASL-025																																									
MAGRADOR ANA LUCIA DOS SANTOS DE SOUSA																																											
CON RESID TERESINA SUL																																											
R.Q---2-CASA-007-ANGELICA-TERESINA-PI-cas:64040740																																											
CONTATO		CEL	NUMERO DO IDENTIFIC																																								
011-00043-005340		011	A121005501																																								
HISTÓRICO DE PAGAMENTOS		ECONOMIA-ORÇAMENTAL/TIPO DA UN																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>MES/ANO</th> <th>TIPO</th> <th>VAL</th> <th>RESTRAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01/2018</td> <td>1.000</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>02/2018</td> <td>1.000</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>03/2018</td> <td>1.000</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>04/2018</td> <td>1.000</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>05/2018</td> <td>1.000</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>06/2018</td> <td>1.000</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>07/2018</td> <td>1.000</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>08/2018</td> <td>1.000</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>09/2018</td> <td>1.000</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table>		MES/ANO	TIPO	VAL	RESTRAN	01/2018	1.000	0,00	0,00	02/2018	1.000	0,00	0,00	03/2018	1.000	0,00	0,00	04/2018	1.000	0,00	0,00	05/2018	1.000	0,00	0,00	06/2018	1.000	0,00	0,00	07/2018	1.000	0,00	0,00	08/2018	1.000	0,00	0,00	09/2018	1.000	0,00	0,00	1 Residencial - Normal	
MES/ANO	TIPO	VAL	RESTRAN																																								
01/2018	1.000	0,00	0,00																																								
02/2018	1.000	0,00	0,00																																								
03/2018	1.000	0,00	0,00																																								
04/2018	1.000	0,00	0,00																																								
05/2018	1.000	0,00	0,00																																								
06/2018	1.000	0,00	0,00																																								
07/2018	1.000	0,00	0,00																																								
08/2018	1.000	0,00	0,00																																								
09/2018	1.000	0,00	0,00																																								
DATA		10	VALOR PAGAMENTO																																								
ANTERIOR 09/03/2018 578			RECEBIMTO																																								
ATUAL 15/04/2018 580			200,00 + 0,00 = 200,00																																								
			COPRIN																																								

TABELA DE TÁXIMAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA TÁXIMA	
RESIDENCIAL	DESCRIÇÃO	MT	VALOR
TAXA DE CONSUMO (L/MT) (1%)	VALOR REFERENTE ÁGUA - 26,51		
10	> Residencial-Normal	10,0 m3	26,51
20			
30			
40			
50			
60			
70			
80			
90			
100			
110			
120			
130			
140			
150			
160			
170			
180			
190			
200			
210			
220			
230			
240			
250			
260			
270			
280			
290			
300			
310			
320			
330			
340			
350			
360			
370			
380			
390			
400			
410			
420			
430			
440			
450			
460			
470			
480			
490			
500			
510			
520			
530			
540			
550			
560			
570			
580			
590			
600			
610			
620			
630			
640			
650			
660			
670			
680			
690			
700			
710			
720			
730			
740			
750			
760			
770			
780			
790			
800			
810			
820			
830			
840			
850			
860			
870			
880			
890			
900			
910			
920			
930			
940			
950			
960			
970			
980			
990			
1000			
1010			
1020			
1030			
1040			
1050			
1060			
1070			
1080			
1090			
1100			
1110			
1120			
1130			
1140			
1150			
1160			
1170			
1180			
1190			
1200			
1210			
1220			
1230			
1240			
1250			

POSTHUMOUS AWARD

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) O DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTES

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços conforme Lei Federal nº. 11.443/2007, Art. 40, inciso V e nº. 9.067/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DESTILADA (PORTUGAL 2014/2015) DO MS E DEBITO Nº 5.445

PARÂMETROS	ANÁLISES REALIZADAS	ANÁLISES EM CONFORMIDADE	ANÁLISES EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / m³	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.148	3.023	125	1,16	0,20-5,00 mg/L
COR (APARENTE)	2.659	2.279	380	8,78	Inferior a 15,0
PH	3.293	2.758	535	6,42	6,00-9,50
TURBIDÍDE	3.302	2.966	336	3,00	Inferior a 5,00

PARÂMETROS MICROBIOLÓGICOS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5440)

PARAMETROS	ANCIENAS REEMPLAZA	ANCIENAS EN CONFORMIDAD	ANCIENAS EN DESCONFORMIDAD	MEDIDA MES	VALOR PERMITIDO
COL.ROMBOS TOTALES	819	792	27	Ausencia	Ausente
ECO-BROMO COL.	819	819	0	Ausencia	Ausente

DATA DE EMISSÃO: 16/04/2018 HORA DE EMISSÃO: 10:00

SEMI SEGURO SIA

12 JUL 2018

Aguas de Teresina

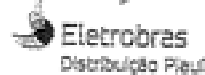
PLATE/CAP	27154955-6	EXP/ISS/IN	151135257
		MO/YEAR	4/2018
VEHIC/TYPE	62/85/2018	VEH/CLASS	26,51



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente, Não identificamos a pagamento do(s) débito(s) abaixo. Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do 0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos listados serão cobrados na próxima fatura.

MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)	MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)
---------	------------	-------------	---------	------------	-------------



Para contato com a Eletrobras informe este NÚMERO



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 789 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 08.840.748/0001-89 | Ins. Estadual 15.301.383-5
Nota Fiscal - Casa de Energia Eletrobras - Série 8-1
Regime especial de imposto autorizado pela 30742/04-00

Nº da Nota Fiscal 007516126

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

JUNHO/2018 29/06/2018 208 199,86

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.800-235 - TERESINÁ

Ativo	Valor	Ativo	Valor
Ativo	18195	Ativo	22/06/2018
Ativo	17987	Ativo	23/05/2018
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	25/07/2018
Consumo Medido	208	Emissão	20/06/2018
Consumo Estimado	208	Apresentação	22/06/2018

NORMAL 30

COMERCIAL MONO A3418240 3.5.3.1 330

Mês	Consumo	Valor
MAI/18	211	CONSUMO 208 A R\$ 0,866912 = 180,31
ABR/18	159	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 14,80
MAR/18	307	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00 0,46
FEV/18	224	MULTA POR ATRASO 05/18-00 3,48
JAN/18	271	JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00 0,81
DEZ/17	314	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 0,56
NOV/17	416	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 7,52
OUT/17	385	
SET/17	435	
AGO/17	353	
DÉBITO EM TERCEIROS		
R\$ 208 - 0,59000		

LIGUE 0800 686 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 28/06/2018, não constataremos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

Descrição	Valor	Base de Cálculo	Valor
Energia	66,96	Alíquota ICMS	27,00%
Transmissão	10,53	Valor do ICMS	48,68
Distribuição	10,67	Valor do PIS	1,47
Impostos	56,94	Valor do COFINS	6,20

Valor	Valor	Valor	Valor
5,31	10,63	21,25	3,11
0,00	0,00	0,00	0,00

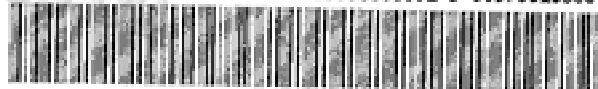
Valor	Valor	Valor	Valor
5,31	10,63	21,25	3,11
0,00	0,00	0,00	0,00

TERESINÁ-MACAUBA 04/2018 46,37



Valor	Valor
0051869-7	199,86
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
06/2018	29/06/2018
Nº da Nota Fiscal	007516126 E-CAN

836200000001 3 99860017000 0 000000000001 3 86970618003 8



SEQ.: 00055 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 22/06/2018 T.ENTR.: 09
LEITURA: 18195 NORMAL TOTAL: 199,86 CARGA: 019
DT.VENC.: 29/06/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2181

SABEMI SEGURADORA S/A

12 JUL 2018

RECEBIDO

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Nelle Raze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alberto Arnaldo Dos Santos Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 011.309.543/07, do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima
Alberto Arnaldo Dos Santos Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.309.543/07, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	<u>(86) 3303-4104</u>		
			Telefone celular (DDD)	<u>(86) 9534-6565</u>		



Teresina 06 de Julho de 2018
Local e Data

Nelle Raze Soares Marques
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria de Fatima Alves da Costa,

RG nº 4.734.472, data de expedição 29/11/2017

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 039.344.263-38 com

domicílio na cidade de Demerval Roberto, no Estado de

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

Rua Elian Santos, nº 466,

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 Albino Francisco dos Santos Silva o condutor era

Albino Francisco dos Santos Silva.

Veículo: moto

Modelo: Honda CG 125 Fan KM

Ano: 2010/2011

Placa: NZS-3229

Chassi: 9C23C411030401058

Data do Acidente: 19/04/18

Local e Data: Teresina - Piauí

Maria de Fatima Alves da Costa

Assinatura do Declarante


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

SABEMI SEGURADORA S/A

12 JUL 2018

RECEBIDO

ASL-0255262/18
vitor.rodrigues.0133
29/08/2018 12:37:59


DESMERVAL LOBÃO
 SECRETÁRIO DE ESTADO
 AN Paula Joaquina Morais, 927 - Centro - Desmerval Lobão-PA - CEP: 61200-000
 E-mail: carlotodesmervallobao@gmail.com - Fone: (91) 3465-1712
 Gersona Faria da Silva - Tabelião

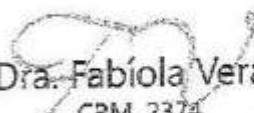
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: **PAULA ALVES DA COSTA**, DO PE, EM TESTE VERDADE. Desmerval Lobão, 22/03/2018. Tiro, 74 Selos, 25 Total: 40 Selos R\$ 13869

NATHALIA LUIZA OLIVEIRA PEREIRO-ESCREVENTE AUXILIAR

Selo de Fiscalização e Autenticidade
 Poder Judiciário
 Estado do Pará
 Alameda da Boa Fé, 100
 Registro e Judicial
 RECONHECIMENTO DE FIRMA
ABA 13869

RECEBIDO
20/09/2018 12:37:59
vitor.rodrigues.0133
12 JUL 2018

ASL-0255262/18
vitor.rodrigues.0133
29/08/2018 12:37:59



Dra. Fabíola Veras
CRM. 2374

REUMATOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA
* * * * *

ATENDIMENTO MÉDICO

Agradeço, para os devidos fins, que o Dr.
Ailton Amadeo dos Santos Silva, foi vítima
de acidente de trânsito, sofrendo fratura no Ter-
ço Distal do Fêmur Direito, submetido a a
tratamento cirúrgico, com placa metálica,
e atualmente possui queda de 40% da força
de flexão para dorsiflexão, apresentando
perda funcional de 70%.

06.08.18


Dra Fabíola Ferreira H. Veras
Clínica Médica/Reumatologia
CRM 2374

MEDICARCI Rua Lisandro Nogueira, 2042 - Centro | Fone: 3301-4343 • 3221-1009

SABEMI SEGURADORA S/A

29 AGO 2018

RECEBIDO



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 35 3218 2445
 TERESINA-PI CEP: 54017-770 CNPJ: 05.522.517/0001-05

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA** (Prontuário: 432349)
 Endereço: **QC Z CS 07 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 54000-010**
 Nascimento: **09/04/1975** Idade: **42aDm04d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Alinhamento: **212812**
 Requisição: **551152** Solicitação: **19/04/2018** Solicitante: **JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR**
 Controle: **1028051** Convênio: **S U S** CLINICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 201 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 19/04/2018

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metélica no terço distal da fíbula.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

WORGE AUGUSTO:

TERESINA - PI: 02/05/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CPF: 227.528.523-34 CRM: 1727
 Profissional Responsável

Examinado e assinado
 Médico: WERGE
 Data: 02/05/2018
 Assinatura Original

Werge

05 OUT 2018

RECEBIDO



Dra. Fabíola Veras
CRM. 2374

REUMATOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA

ATENDIMENTO MÉDICO

A respeito, para os devidos fins, que o Sr. Renato Arnaldo dos Santos Silva, foi vítima de acidente de trânsito, sofrendo fratura no Terço distal da Fíbula direita, submetido ao tratamento cirúrgico, com fixação metálica, evoluindo com quadro de dor e edema local, além de limitação para deambular, apresentando perda funcional de 70%. Está de alta definitiva desde 04/10/2018.

Em, 23.09.18


Dra. Fabíola Ferreira H. Veras
Clínica Médica/Reumatologia
CRM 2374



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1420 Redenção - Fone: 35 3215 3443
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNES: 03.322.517/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA** (Prontuário: 432344)
 Endereço: **GG E GS OF - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **05/04/1976** Idade: **42 anos** Sexo: **Masculino** Órgão: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **55069**
 Requisição: **831048** Solicitação: **19/04/2018** Solicitante: **FABIO MARGOS DE SOUSA**
 Controle: **1027934** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO

Cod. SIA: 0204030057

Data Exame: 19/04/2018

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa-pérfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura oblíqua no terço distal da fíbula.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 02/05/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CPF: 227.526.525-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável

Exame realizado e assinado
 Médico: JORGE AUGUSTO
 SANE - HUT
 CONFERE: JORGE AUGUSTO

[Assinatura]



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1670 - Estação - Fone: 35 5215 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.525.517/0022-01

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA** (Formulário: 432342)
 Endereço: **QS Z C 07 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **03/04/1976** IDADE: **423Dn340** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **680691**
 Requisição: **681045** Solicitação: **19/04/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1027923** Convênio: **S I I S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204090188

Data Exame: 19/04/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfi.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura oblíqua no terço distal da fíbula.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

WORCE AUGUSTO

TERESINA - PI 02/05/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CFF: 227.528.623-34 CRM: 1727
 Profissional Responsável

Costa Junior Patricio Mariano
 Médico - RADS
 SIA - HUT
 COPIAR PARA O PACIENTE

hi

DIREITO
AP



PERFIL

DIREITO

HOSPITAL DO PARQUE PIAUI
ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA ID: 7394
14/06/2018 IDADE: 42 SEXO: M
TECNICO Hora: 14:34:00

SC: 68 %

SC: 65 %



DIREITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITATÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITATÇÃO

ALBERTO ANTONIO DOS SANTOS SILVA

CPF: 011.399.643-07 DATA NASCIMENTO: 08/04/1974

RAZÃO: RAIMUNDO DIONÍSIO DA SILVA
MULHER RODRIGUES DOS SANTOS SILVA

PROFISSÃO: ☐ AGRICULTOR ☐ COMERCIAL ☐ OUTRO: ☐

VALORES: 04346826783 21/11/2022 11/04/2008

Assinatura do titular: Alberto Antonio dos Santos Silva

CPF: 011.399.643-07 DATA NASCIMENTO: 08/04/1974

PROFISSÃO: ☐ AGRICULTOR ☐ COMERCIAL ☐ OUTRO: ☐

VALORES: 04346826783 21/11/2022 11/04/2008

SABEMI SEGURADORA S/A

12 JUL 2018

RECEBIDO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.119.262
DATA DE EMISSÃO	23/09/14
NOME	NELLE ROZE SOARES MARQUES
FILIAÇÃO	CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTÔNIO SOARES JUCUNDE
NACIONALIDADE	BRASILEIRA
DATA DE NASCIMENTO	22/05/1971
CRATEUS-CE	
CCC ORDEM	
CERT. NASC.	529 1 11/F 141
EXP CRATEUS-CE	25/09/78
TERESINA - PI	
840.173.173-91	ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/03 - DECRETO Nº 69.250/83	

SABEMI SEGURADORA S/A
12 JUL 2018
RECEBIDO



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 840.173.173-91

Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Data de Nascimento: 22/05/1971

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 11/03/1998

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 12:18:31 do dia 27/06/2018 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 3A7F.D3E8.5938.2C8E



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

ASL-0255262/18
vitor.rodrigues.0133
29/08/2018 12:38:12

ASL-0255262/18
vitor.rodrigues.0133
29/08/2018 12:38:12

SABEMI SEGURADORA S/A
12 JUL 2018
RECEBIDO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PI 9020170100316 Nº 012898649939
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 1 273146874 RENTRO: 2017

NOME: MARIA DE FÁTIMA ALVES DA COSTA

03934426388 NIS-7279

PAS/MOTOCICLO/NEHUHA COMBUSTIVEL: GASOLINA

HONDA/CG-125 FAN KS ANO: 2010

002P/124CC CATEGORIA: PARTIC PRETA

1º IPVA

2º

3º PAGO

SEGURO REG PAGO

A/FID/ADMINISTRADORA DE CONSUMO

TERESINA

28/9/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012898649939 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 28/9/2017

03934426388 NIS-2279

273146874 HONDA/CG-125 FAN KS

2010 09 902041108R401052

PRÊMIO TARIFÁRIO

9,03

90,31

0,70

185,50

26,09/2017

SEGURO LÍDER - DPVAT

GNV 09.248.00000104

RELATÓRIO MÉDICO

Declaramos que Alberto Arnaldo dos Santos Silva, foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido em 19.04.2018 às 12:00hrs, tendo sofrido forte trauma que resultou em fratura exposta na fíbula direita, onde foi tratado cirurgicamente através de osteossíntese ou seja placas para fixar e fios metálicos complementando com fêmoro proximal, com alta definitiva. Relata como sequelas: Forças físicas com limitação dos movimentos, com comprometimento funcional de 85% esteve internado por 6 (seis dias).

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 564-PI - CRL 2660-MA
9903-9923/9532-1967/8821-3736

 27.11.18

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

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180401774 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 19/04/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180401774 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 19/04/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO TORNOZELO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM JULHO DE 2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/01/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA PELA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 09/10/2018. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO EM GRAU MODERADO. CONDUTA MANTIDA.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

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
Total			0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

SABEM SEGURO S/A

12 JUL 2016

PROCURAÇÃO PARTICULAR

[Preencher com letras de forma legível e sem rasuras]

RECEBIDO

OUTORGANTE

Nome: Alberto Arnaldo dos Santos
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: Solteiro
 Identidade: 1956887
 CPF: 011.309.543-07
 Profissão: Agente de portaria
 Endereço: COH. Resid. Teresina sul I. Q 2 Casa 007
 CEP: 64-040740
 Telefone: (98) 3303-4104 9536-6565

OUTORGADO

Nome: Nelle Rozel Soares Marques
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: Solteiro
 Identidade: 510.262
 CPF: 84017317391
 Profissão: Revisor - me
 Endereço: Rua. 24 de Janeiro S/N Centro norte
 CEP: 64-000235-0
 Telefone: (98) 3303-4104 9536-6565

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

Teresina - Piauí - 05.06.18

Local e data

Alberto Arnaldo dos Santos Silva

Assinatura do OUTORGANTE

[Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro]

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ALBERTO ARNALDO DOS SANTOS SILVA

EM TESTE DA VERDADE DOU.FE. TERESINA, 05/06/2016 10:44:28

RAYBA MARIANO VIEIRA CARNEIRO DE LIMA - ESCRITÓRIO

End: 371 TV. 9.75 Setor 0.25 Total: 4.75

Cartório João Carlos de Moraes e Ruy de Moraes Karam

SECRETARIA DE TERESINA

Selo de Fiscalização e Autenticidade

Reconhecimento de Firma

Nº ABF-22173