

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: 10/07/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ PINTO CORDULINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000019986-0

Nr. da Autenticação F556AB08F907B921

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150500963

Cidade: Senador Pompeu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ PINTO CORDULINO

Data do acidente: 10/11/2014

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura fechada de escápula esquerda

Descrição do exame médico pericial: Limitação da abdução e elevação do ombro esquerdo

Resultados terapêuticos: submetido a tratamento conservador com imobilização com a tipóia de lona

Sequelas permanentes: Limitação funcional em MSE

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/07/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Antonio Benevides Vieira

CRM do médico: 5052

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE SENADOR POMPEU ESTADO DO CEARÁ

REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS – TABELIONATO DE NOTAS – REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS –
REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA – TABELIONATO DE PROTESTO – DISTRIBUIÇÃO

Av. Francisco França Cambrala, 319, Centro

CEP 63600-000, Senador Pompeu – Ceará – Brasil

Telefone: (88) 3449 0275

www.cartoriosena.com.br

DILVÂNIA MARIA MACHADO VIEIRA

Tabeliã e Registradora Pública Interina



TRASLADO DE PROCURAÇÃO BASTANTE QUE FAZ(EM):
LUIZ PINTO CORDULINO à REGIA PEREIRA DE ARAÚJO JORGE, na forma
abaixo:



SAIBAM quantos este Público Instrumento de Procuração virem, que em cinco (5) de Março (3) de dois mil e quinze (2015), nesta cidade e comarca de Senador Pompeu, Estado do Ceará, compareceu(ram) como **OUTORGANTE(S): LUIZ PINTO CORDULINO**, brasileiro, casado, agricultor, portador(a) da cédula de identidade nº 1658319-88-SSP-CE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 870.135.333-00, com endereço vila Teles, nº 70, bairro Pavãozinho, Senador Pompeu - CE., assinando a rogo: **ANNE KAROLINE ALVES DA SILVA**, brasileira, solteira, estudante, portador(a) da cédula de identidade nº 2009009150824, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 055.529.693-83, com endereço rua Geminiano Vitoriano de Oliveira, bairro Pavãozinho, Senador Pompeu - CE.. E pelo(a)(s) qual(is) me foi dito que por este instrumento e na melhor forma de direito, nomeia(m) e constitui(em) seu (sua) bastante **PROCURADOR(A): REGIA PEREIRA DE ARAÚJO JORGE**, brasileira, casada, auxiliar de serviços gerais, portador(a) da cédula de identidade nº 97024045830-SSP-CE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 011.865.643-00, com endereço rua São Francisco, nº 34, bairro Pavãozinho, Senador Pompeu - CE.. Conhecidos como os próprios por mim, Tabeliã Interina, através de seus documentos de identificação, de cuja identidade e capacidade jurídica dou fé, e, a justo título e na melhor forma de direito, diz(em) o(a)(s) outorgante(s) que **confere(m) amplos e ilimitados poderes para:** dar encaminhamento e/ou receber junto a Seguradora Líder, no Estado do Rio de Janeiro, e onde mais se tornar necessário, o Seguro DPVAT a que tem direito, referente ao acidente automobilístico ocorrido aos 10/novembro/2014 em Senador Pompeu - CE, podendo para isso, transigir, requerer, assinar todo e qualquer documento, inclusive a autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro DPVAT, dar quitação, total ou parcial, receber ordem de pagamento, junto as instituições bancárias, preferencialmente Caixa Econômica Federal, agência de Senador Pompeu-CE; juntar e retirar documentos, prestar esclarecimentos, solicitar certidões, conferindo amplos e ilimitados poderes para constituir advogados se necessário, usando dos poderes com **Cláusula "Ad Judicia"**, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, enfim praticar todos os atos admitidos em direitos, e necessário ao fiel desempenho deste mandato, cujos poderes aqui outorgados são específicos e restritivos para o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT, e as respectivas ações judiciais e/ou extra judiciais, em consequência do sinistro (caso sejam necessárias), inclusive substabelecer com ou sem reservas de poderes.. Assim o disse, do que dou Fé. Lida a presente ao(s) outorgante(s), achou-a em

tudo conforme, a outorgou, aceitou e assina. Custas na forma da Lei, incluindo o FERMOJU e SELO. EU, Dilvânia Maria Machado Vieira, Tábella Interina, digitei e subscrevi. AA: ANNE KAROLINE ALVES DA SILVA. Está conforme o original. Dou fé. Digitei, dato e subscrevo, assino em público e raso com o sinal que uso. O referido é verdade. Dou Fé. Senador Pompeu - Ceará, **5 de Março de 2015.**

Em Test.º da Verdade

Dilvânia Maria Machado Vieira
Tábella Interina



CARTÓRIO 1º OFÍCIO
DILVÂNIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
(33) 3449-0275 - Senador Pompeu/CE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150500963

Cidade: Senador Pompeu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ PINTO CORDULINO

Data do acidente: 10/11/2014

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura fechada de escápula esquerda

Descrição do exame médico pericial: Limitação da abdução e elevação do ombro esquerdo

Resultados terapêuticos: submetido a tratamento conservador com imobilização com a tipóia de lona

Sequelas permanentes: Limitação funcional em MSE

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/07/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Antonio Benevides Vieira

CRM do médico: 5052

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150500963

Cidade: Senador Pompeu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ PINTO CORDULINO

Data do acidente: 10/11/2014

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/06/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE 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:



REQUERIMENTO DE ACEITAÇÃO DE MEIO PROBATÓRIO

DOCUMENTO 8 *18%



Senhor Presidente,

Luiz Pinto cordulino, já devidamente qualificado (a) no procedimento em epígrafe; vem por meio desse documento solicitar a **ACEITAÇÃO DA PROVA TESTEMUNHAL** no presente procedimento administrativos para comprovar o nexo de causalidade, pelos motivos a seguir expostos:

A Carta SUPTEC 005/2014 traz um rol exemplificativo de formas para provar a existência do acidente, a exemplo do atendimento pelo SAMU, Corpo dos Bombeiros, bem como qualquer outro documento que evidencie ou comprove o ato declaratório relatado em Boletim de Ocorrência. Conforme o Código de Processo Civil, a prova testemunhal é sempre admissível quando a lei não dispuser de modo diverso. Assim, é completamente idônea a declaração do popular que atuou como socorrista, até porque a Seguradora é sabedora das condições precárias de atendimento a que são submetidas às vítimas. Portanto, é inadmissível penalizar a vítima pela a insuficiência da prestação do serviço público brasileiro.

Destarte, além da declaração de testemunha, tem toda a documentação complementar exigida por este Consórcio.

Assim, solicito o devido cadastramento do meu sinistro junto a Seguradora Líder para que eu possa ter acesso a indenização em razão da invalidez comprovada na documentação apresentada nesse procedimento.

Atenciosamente,

Luiz Pinto cordulino



1 VIT

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

ASSINATURA DO DIRETOR

P : 102

DOC. ORDEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 14445 FOLHA: 200

LIVRO: A21 SENADOR POMPEU - CE

CPF

SENADOR POMPEU - CE

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 22/01/1995

RÉGIA PEREIRA DE ARAÚJO JORGE

FRANCISCO CLEISON DOS SANTOS JORGE

FILIAÇÃO

CLARISSE DE ARAÚJO JORGE

NOME

REGISTRO GERAL 2007804158 - 3

DATA DE EMISSÃO 08/02/2011

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

testemunha

INVEST PREV

08 JUN 2015

INVEST PREV

29 ABR 2015

CAIXA

Cartão de identificação pessoal - identificação

Nome CLARISSE DE ARAÚJO JORGE

Número de inscrição 057.898.483-03

Nascimento 22/01/1995

CPF

Recada Federal

INVEST PREV

29 ABR 2015

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS ESCRITAS

Carteira de Identidade

Assinatura do Titular

Claris de Araújo Jorge

Polgar Direto

DECLARAÇÃO

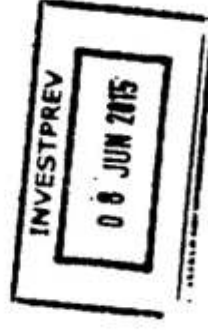
Eu Clarissa de Araújo Jorge, portador da
carteira de identidade nº 8007804158-3 e CPF
057.898.283-03 residente domiciliado na Rua
São Antônio Nº 34 Bairro
Parazinho Cidade Sinador Pompeu Declaro
que presenciei e/ou socorri na data de 10/11/14, o Sr.
Quirino Condulino
da identidade nº 3658319-88 e CPF nº 870.135.333-00
residente na rua Vila Toin, portador
Nº 70 Bairro Parazinho Cidade Sinador Pompeu para a
Maternidade e Hospital Santa Isabel, vítima de acidente de trânsito com
motocicleta (motocicleta, carro, etc), na Rua
Rua Flores Assis Moraes (na Rotatória) nº _____

Bairro

Cidade Sinador Pompeu. Que o declarante esta ciente de que, caso
estas declarações não sejam a expressão da verdade, ressarcirão a seguradora
competente e quaisquer outros órgãos que tenham prejuízos dela decorrentes,
bem como responder criminalmente por infração do artigo 229 do código penal
Brasileiro.

Clarissa de Araújo Jorge

Assinatura do declarante



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO: 16/10/1997

REGIA PEREIRA DE ARAUJO JORGE

EMANUEL FORTALEZA DE ARAUJO E A

NTONIA PEREIRA DE ARAUJO

NATURALIDADE

SENADOR POMPEU-CE

4/4/1977

CERT. CASAM-2565

186 SENADOR POMPEU/CE

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.118 DE 20/03/83

testemunha

BANCO DO BRASIL

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

INVESTPREV

08 JUN 2015

INVEST PREV

29 ABR 2015

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTeira DE IDENTIDADE

Nome: REGIA PEREIRA DE ARAUJO JORGE

CPF: 97024045830

DATA DE NASCIMENTO: 16/10/1997

LOCAL DE NASCIMENTO: SENADOR POMPEU-CE

ASSINATURA DO DETENTOR

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

Nome

Nascimento



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 011.865.643-00

Nome da Pessoa Física: REGIA PEREIRA DE ARAUJO JORGE

Situação Cadastral: REGULAR

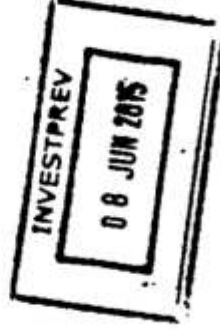
Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **18:44:10** do dia **18/04/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **38B4.2D25.6046.26BF**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

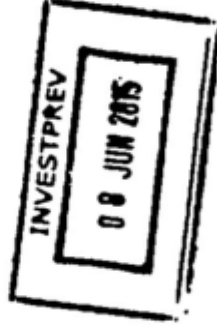


DECLARAÇÃO

Eu Régis Pinino de Araújo Longe, portador da
carteira de identidade nº 97024045830 e CPF
011.869.643-00 residente domiciliado na Rua
Sto Antônio N° 34 Bairro
Pavãozinho Cidade Sinador Pompou. Declaro
que presenciei e/ou socorri na data de 10/11/2014 o Sr.
Quiz Pinto Condilino
da identidade nº 1658319-88 e CPF nº 870.135.333-00
residente na rua Vila Tênis, portador
N° 70 Bairro pavãozinho Cidade Sinador Pompou para a
Maternidade e Hospital Santa Isabel, vítima de acidente de trânsito com
motocicleta (motocicleta, carro, etc), na Rua
Franco Macalães (na rotatória) n° —
Bairro
Cidade Sinador Pompou. Que o declarante esta ciente de que, caso
estas declarações não sejam a expressão da verdade, ressarcirão a seguradora
competente e quaisquer outros órgãos que tenham prejuízos dela decorrentes,
bem como responder criminalmente por infração do artigo 229 do código penal
Brasileiro.

Régis Pinino de Araújo Longe

Assinatura do declarante



Declaração

Eu, Luiz Pinto Cardulino, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 10/11/14 fui socorrido por REGIM PRISIONEIRO DE AVALIAÇÃO,
Telefone: () _____, e levado ao hospital: Maternidade Hospital Santa Isabel.

Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente, tais como SAMU, Corpo de Bombeiros, Ambulância etc., da mesma forma não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia, dessa forma não possuo nenhuma outra prova referente ao acidente, além do boletim de ocorrência Policial e a documentação médica apresentada.

Por ser verdade, declaro estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Local: Santa Maria UF: RS Data: 09/03/15

Regia Prisioneira de Avaliação



Florianópolis, 29 de ABRIL de 2015.

À SEGURADORA LÍDER

AC: DEPARTAMENTO DE SINISTROS

REF: CRÍTICA DE TRIÁDE

ASP – 111044/2015

VÍTIMA: LUIZ PINTO CORDULINO

Prezados,

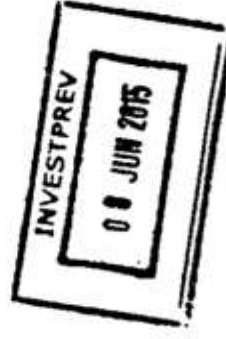
Estamos enviando o aviso provisório capeado sob o numero acima citado, visto que, na tentativa do cadastramento completo do sinistro, o SIS DPVAT apontou a crítica de triáde.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NATUREZA	INVALIDEZ
DEPENDÊNCIA	100
DATA RECLAMAÇÃO	29/04/2015
DATA ÚLTIMO DOCUMENTO	29/04/2015

Atenciosamente,

Setor de regulação

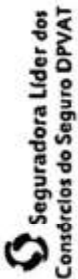


InvestSeguradora

Avenida Carlos Gomes, 222 / 1001 | Porto Alegre – RS | 90480-000

www.investseguradora.com.br

PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO



SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-111044/2015

Natureza: Invalidez

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: LUIZ PINTO CORDULINO Data de Nascimento: 06/11/1970
Seguradora: Investprev Seguradora S/A Data do Sinistro: 10/11/2014
CPF da Vítima: 870.135.333-00 CPF de: Próprio Titular do CPF: LUIZ PINTO CORDULINO

DOCUMENTOS SINISTRO

Documento	Data	Status	Observação
Boletim de ocorrência	29/04/2015	Entregue	
Certidão de casamento	29/04/2015	Dispensado	
Certidão de inexistência de IML	29/04/2015	Entregue	
Certidão de nascimento	29/04/2015	Dispensado	
Comprovação de ato declaratório	29/04/2015	Entregue	
Declaração do Proprietário do Veículo	29/04/2015	Entregue	
Documentação médico-hospitalar	29/04/2015	Entregue	
Documentos de identificação	29/04/2015	Entregue	
DUT	29/04/2015	Entregue	
Laudo do IML - Lesões corporais	29/04/2015	Dispensado	
Outros	29/04/2015	Entregue	

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

Documento	Data	Status	Observação
Alvará Judicial	29/04/2015	Dispensado	
Autorização de pagamento	29/04/2015	Entregue	
Comprovante de residência	29/04/2015	Entregue	

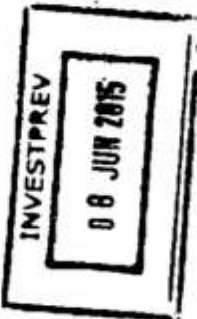
CONTATO

Nome:

Telefone:
Celular:

Aviso de sinistro provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no anexo, ficarão aguardando os demais necessários à continuidade da regulação do sinistro.

Data de emissão deste aviso provisório: 29/04/2015





Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 870.135.333-00

Nome da Pessoa Física: LUIZ PINTO CORDULINO

Situação Cadastral: **REGULAR**

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **19:41:30** do dia **29/04/2015** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **B043.08B5.F34D.592B**
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



Tipo de pessoa: Beneficiário
DADOS DA PESSOA

Natureza: ☒ Pessoa física ☐ Pessoa jurídica

CPF: 870.135.333-00

Nome: LUIZ PINTO CORDULINO

E-mail:

Nome da mãe:

Pessoa Profissão e Renda

PROFISSÃO E RENDA

Profissão*: Recusou

Renda*: Recusou



Atenção

A pessoa não pode ser cadastrada, pois o CPF encontra-se suspenso.

OK

Data Nascimento: 06/11/1970

✓ Confirmar X Cancelar

INVESTPREV
08 JUN 2015



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

CE Nº 011559975185 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 **DATA EMISSÃO** 1/04/2014
PLACA OS60162Z

VEICULO 01-1/87/56-334 **CPF/CNPJ** 0053435861 **MARCA/MODELO** HONDA/POP100 **ANO/FAB** 2013 **CATEGORIA** 09

PREMIO TARIFARIO 129,04 **DEMATRAN (R\$)** 14,34 **CUSTO DO SEGURO (R\$)** 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 **ICF (R\$)** 11,11 **TOTAL DO BILHETE (R\$)** 292,01

DATA DE DUTACÃO 10/04/2014 **PARCELADO** ☒ **COTA UNICA** ☐

PAGAMENTO **DATA** 10/04/2014

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.000/0001-04
www.seguradoralider.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANES

DETRAN - CE Nº 011559975185
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VEICULO 01 0053435861 **ANO/FAB** 2013 **EXERCÍCIO** 2014

NOME FRANCISCO CESAR DOS SANTOS JOR

SEGUROADORA SENADOR POMPEU/CE

PLACA 47877561334 **CPF/CNPJ** OS60162Z/CE

PLACA ANT./UF 302HB0210DR/1935H

PAS/MOTOCICLO/NAO APRESENTA GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP100 **ANO/FAB** 2013 **CATEGORIA** 09

VEICULO UNICA ☒ **VENO COTA UNICA** ☐ **VENO COTAS** ☐

PARCELAMENTO / COTAS ☐ **FAVIA 15VA** ☐

PREMIO TARIFARIO (R\$) 129,04 **ICF (R\$)** 11,11 **PREMIO TOTAL (R\$)** 292,01

DATA DE PAGAMENTO 10/04/2014

OBSERVAÇÕES

LOCAL SENADOR POMPEU/CE **DATA** 10/04/2014

INVESTPREV
08 JUN 2015

CONTTRAN

DEMATRAN

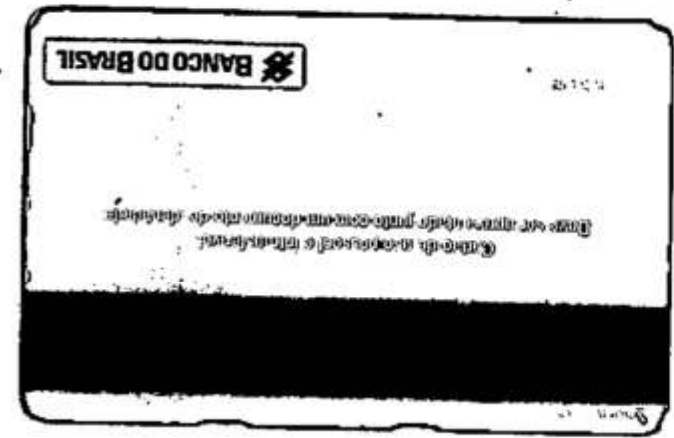
INVESTPREV
29 ABR 2015



DOCUMENTO 2 "12%"



Poumadora





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 011.865.643-00

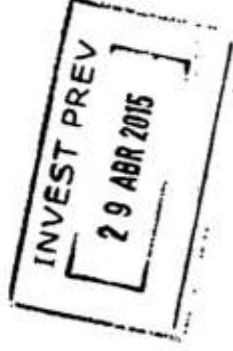
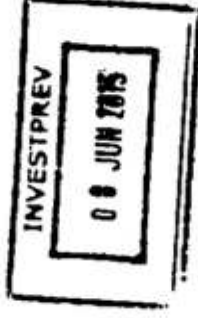
Nome da Pessoa Física: REGIA PEREIRA DE ARAUJO JORGE

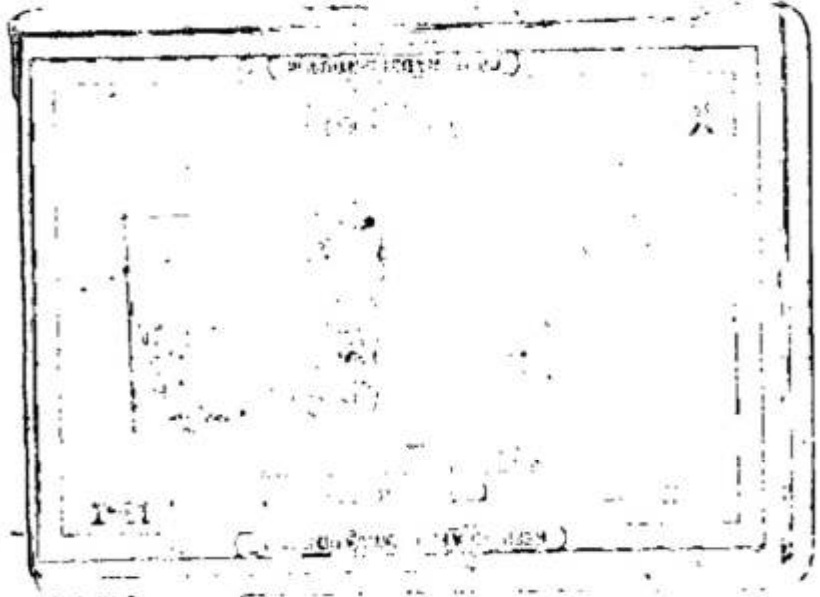
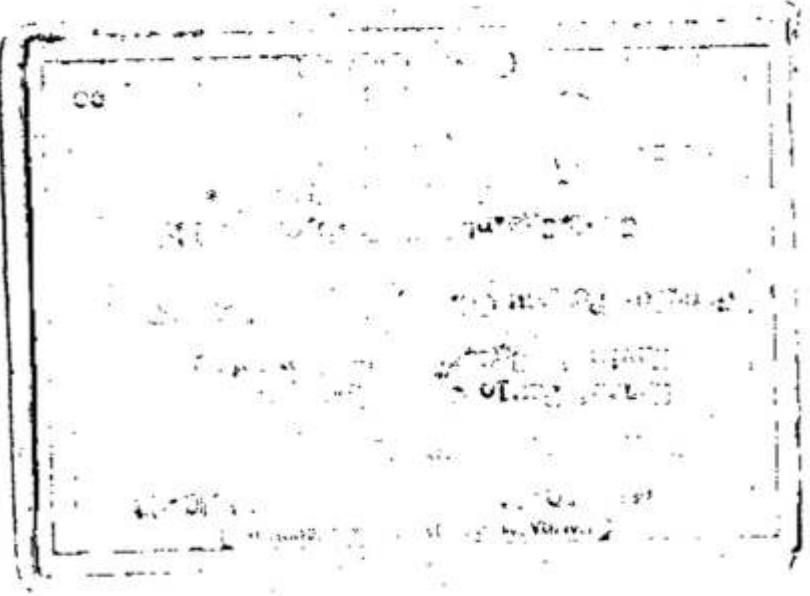
Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **18:44:10** do dia **18/04/2015** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **38B4.2D25.6046.26BF**
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.





DOCUMENTO 6 "7596"



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: **LUIS PINTO CORDEIRO**

Nº de inscrição: **870135333-00**

Data do Nascimento: **08/11/70**



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: 

Assinatura do Correlato: 

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: **13/03/99**

INVESTPREV
08 JUN 2015

INVESTPREV
29 ABR 2015

		MINISTÉRIO DO EXERCITO DIRETORIA DE SERVICO MILITAR CERTIFICADO DE DISPENSA DE INCORPORACAO	
4a CSM RANDE 264.546-0		4a CSM RANDE 264.546-0	
NOME LUIZ PINTO CORDULINO		EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE	
PLA 1 - MANGUEIRA PAUL - CORDULINO		PLA 2 - MANGUEIRA PAUL - CORDULINO	
DATA NASC. 14/02/1987		DATA NASC. 14/02/1987	
3000164 QUIXERAMOBIM - CE		3000164 QUIXERAMOBIM - CE	
DISPENSA DO SERVICO MILITAR INICIAL EM 27FEV87		DISPENSA DO SERVICO MILITAR INICIAL EM 27FEV87	
PORTEN-SIGO INCLUIDO NO EXCESSO DO CONTINGENTE		PORTEN-SIGO INCLUIDO NO EXCESSO DO CONTINGENTE	

INVESTPREV
08 JUN 2015

INVESTPREV
29 ABR 2015

FICHA DE DECLARAÇÃO

AO PORTADOR:
- GUARDAR ESTA FICHA E APRESENTÁ-LA
- AO NECESSITAR DE NOVA CARTeira



Assinatura do portador

Polegar direito



Número 025234-00097-SP

Composto e impresso no Centro de Serviços Gráficos do IBGE,
Rio de Janeiro, RJ, outubro de 1986 — O.S. 26.520

INVESTPREV

00 JUN 2015

INVESTPREV
29 ABR 2015

8

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Flávia Sporda*Loc. Nasc. *Curitiba*Est. *PR*Filiação *Manoel Sporda*Spendula *Manoel*Est. Civil *solteira*

Doc. N.º

Fla. *solteira*

Reg. Civil

Outro doc. *C.M. 264546-0*Situação Militar: Doc. *C.M. 264546-0*N.º *C.M. 264546-0*

Naturalizado Dec. N.º

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. N.º

Estado

Obs.

Data Emissão *28.06.84*DRT *DM*

Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Celso Pinheiro
(85) 9989.0779
(85) 8721.2741



PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Luiz Roberto Carabellus Idade: 50

Endereço: _____ PSF: _____

Impressão Diagnóstica: Fratura ??

RX de crânio

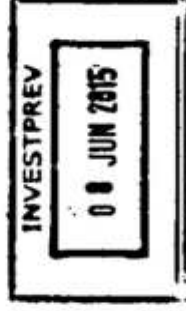
[Signature]

[Circular Stamp: SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO - SENADOR POMPEU]

DATA: 10.11.14

Solicitante: _____

DOCUMENTO 5 *15%*



Maternidade e Hospital Santa Isabel - Senador Pompeu - CE

SERVIÇO DE ENFERMAGEM

NOME	ENFERMARIA-LEITO	REGISTRO	CATEGORIA	Nº. PRONTUÁRIO
------	------------------	----------	-----------	----------------

Luiz Pinto Condulino

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Assinatura

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

RÚBRICA DA ENFERM.

HORÁRIO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTO

OBSERVAÇÕES

Data - (10.11.2014) - Hora - 12:49

Filiado: Manoel Paulo Condulino

Mãe de Nazare Pinto, Feneva

Data nasc. 07.11. Idade - 50

Endereço - Vila Teks - Povoado

Diofiro - Agualta - Est. Civil - Casado

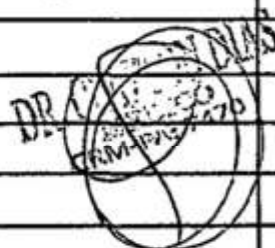
PA - 120 x 70 mmHg

Queda de nete e de

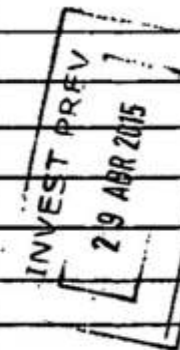
em serviço

em. Deferir 75g e 15

52:5h



CONFERE COM ORIGINAL
01/12/2014
RESPONSÁVEL - SAME
M.H.S.I.
CNPJ 07.802.697/0002-44



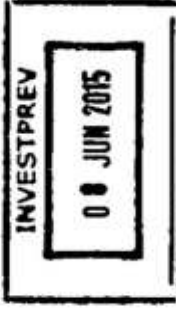
PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMEU
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que Luiz Roberto
Correia recebeu atendimento médico em:
H. H. D. E. com diagnóstico de: fratura da espinha
Esquerda.

CID S22.7
o(a) mesmo(a) recebeu alta definitiva. A Prescrição Limb-
Senador Pompeu-Co, 11.07.2015, 50% (curativo) de
de gueto do outro
esquerdo.

Dr. Guilhermino Neto
CRM 10.000 - RJ
CREMESP 1000
MEDICO CRM



1

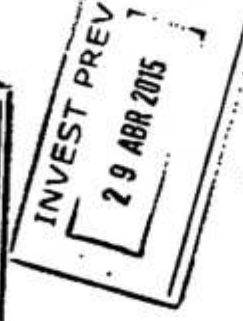
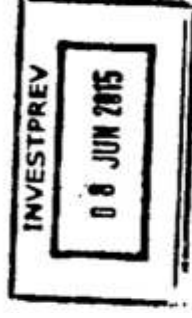
Eu, Francisco Elvion dos Santos Lima,
RG nº 2006019103972, data de expedição 21 / 06 / 06
Órgão SSP-DF, portador do CPF nº 478.775.613-34
com domicílio na cidade de Sancti Rompau no Estado de
Goias onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Francisco nº 34, complemento
, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado ainda consta/constava em meu nome na data do acidente ocorrido com a
vítima Quiz Pinto Concludino.

Veículo: Motorista
 Ano: 2013 / 2013
 Modelo: Blonde / Pop 300
 Placa: 05G 0162
 Chassi: 9E2HB0210PR419359
 Data do Acidente: 10 / 11 / 2014

Local e Data: SONADOR PAGA 18/03/2015

Francisco Gleason dos Santos Jorge

Assinatura do Declarante





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 Regia Pereira de Araújo Jorge, portador(a) do

RG nº 970 24045830, expedido por SSP-CE, em

16/10/1997 CPF/CNPJ nº 011.865.643-00

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Reuiz Pinto Cordulino do sinistro de DPVAT da natureza Involuntariedade

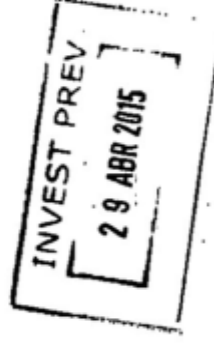
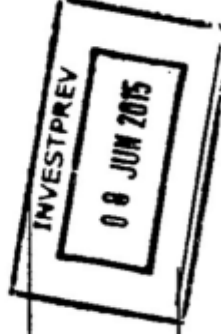
da vítima Reuiz Pinto Cordulino, e conforme

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

Profissão: Auxiliar de serviços gerais Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

Regia Pereira de Araújo Jorge
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

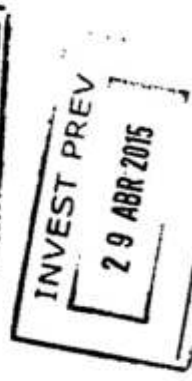
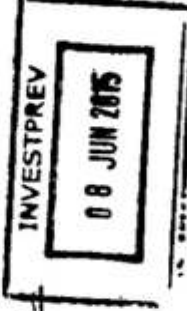
Eu, Luiz Pinto CondulinoRG nº 1658319-88, data de expedição 18/10/88, Órgão SSP-CE

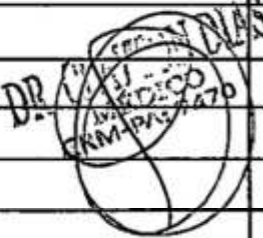
CPF nº 870.135.333-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

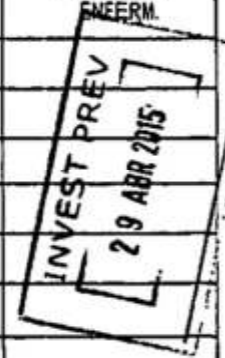
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Vila Tênis</u>
Número	<u>90</u>
Apto / Complemento	<u>— II —</u>
Bairro	<u>Paraisópolis</u>
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>63.600-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Celso Pinheiro
(85) 9989-0779
(85) 8721-1741

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senador Pompeu 09/03/2015Assinatura do Declarante: [assinatura]

NOME	ENFERMARIA-LEITO	REGISTRO	CATEGORIA	Nº. PRONTUÁRIO
<u>Luiz Pinto Cordulino</u>				
PRESCRIÇÃO MÉDICA - Assinatura		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
		HORÁRIO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTO	OBSERVAÇÕES	
Data - 10.11.2014 - Hora - 12:49				
Filho de: <u>Manoel Paulo Cordulino</u>				
Mãe de: <u>Wagner Pinto, Jeneira</u>				
Data nasc. 07.11. Idade - 50				
Endereço - <u>Vila Tolo - Povoado</u>				
Profissão - <u>Agricultor - Est. Civil - Casado</u>				
PA - 120 x 70 mmHg				
<u>Prescrição de medicamento</u>				
e soro				
em: <u>Defensores 75y 75</u>				
R				
				
CONFERE COM ORIGINAL 01/12/2014 <u>du</u> RESPONSÁVEL - SAME M.H.S.I CNPJ 07.802.697/0002-44				



Para do ato declaratório

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Luiz Pinto Condino, portador da carteira de identidade nº 1638389-88 e inscrito no CPF/MF sob o nº 870.135.333-00 residente e domiciliado na Vila Telen Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

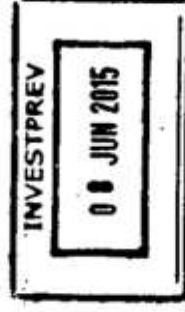
- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo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

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

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

Luiz Pinto Condino

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



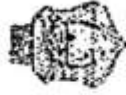
Senador Lauro 09/maio/2015

Local e data



DOCUMENTO 2 *12%*





ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEBESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - D.P.I.
15ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SENADOR POMPEU-CE

CERTIDÃO

MIGUEL ARCANJO FOTA JÚNIOR Escrivão de
Polícia, matrícula nº 135.490-1-X, em exercício na
Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador
Pompeu-CE, no uso de suas atribuições legais,
etc....

CERTIFICA, para os devidos fins e efeitos legais que na cidade de Senador
Pompeu não existem Defesa Civil Anjos do asfalto, corpo de bombeiros e
Polícia Rodoviária Federal; Que em razão dos acidentes de trânsito
acontecerem na maioria dos casos em área rural, não são comunicados a
Polícia Militar e Civil, onde muitas vezes a própria pessoa é socorrida por
populares, quando não a própria pessoa vai sozinha para o hospital. Assim
sendo, nos baseamos na declaração da vítima e testemunhas, bem, como na
declaração médica que atesta o acidente. Vale ressaltar que nós na condição
de funcionários Públicos não podemos negar em fazer os registros. O referido
é verdade, dou fé.

Cartório da Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE, aos quinze (15) dias do
mês de setembro do ano do dois mil e quatorze (2014).



VALIDO SOFRENTE COM SELLO DE AUTENTICACÃO

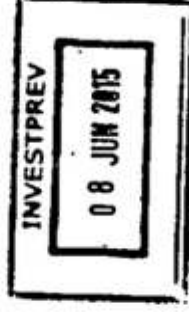
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEBESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - D.P.I.
15ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SENADOR POMPEU-CE

AUTENTICACÃO
Certifico que a presente fotocópia é
reprodução fiel do documento
original que foi apresentado.
Data 03/10/14
Fm Test. *Marta Naveira* da verificação

Oficial Interna
Marta Naveira Pinheiro

Miguel A. Fota Junior
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

MIGUEL ARCANJO FOTA JÚNIOR
Escrivão de Polícia





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

DOCUMENTO 1 "T194"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 757 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **05/03/2015 10:22:59**

Data / Hora da Ocorrência : **10/11/2014 12:49:00**

Endereço da Ocorrência: **AV FRANCO MAGALHÃES**

CENTRO SENADOR POMPEU / CE

Ponto de Referência: **NA ROTATÓRIA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUÍZ PINTO CORDULINO**

Nascimento : **06/11/1970**

RG: **165831988** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 87013533380**

Filiação: **EMANOEL, PAULO CORDULINO**

MARIA DE NAZARÉ PINTO FERREIRA

Endereço: **VL TELES 70**

PAVÃOZINHO 63600000

SENADOR POMPEU CE BRASIL

Telefone:

Histórico

Compareceu em Cartório desta, a pessoa abaixo qualificada, relatando o seguinte: Que na data, hora e local, acima citados, a vítima já citada acima sofreu um acidente de trânsito quando vinha conduzindo a motocicleta de marca **HONDA POP 100**, de placa **QSG-0152**. Senador Pompeu/CE, ano de fabricação/modelo **2013/2013 CTTASSI 9C2TB021UDR419359**, cor **VERMELHA**, licenciada em nome de **Francisco Cleison dos Santos Jorge**; Afirma o (a) noticiante que perdeu o controle da motocicleta, vindo cair ao solo; Que em consequência do acidente a vítima sofreu fratura da escápula esquerda; Que o (a) noticiante informa ainda que a vítima foi para o hospital de Senador Pompeu/CE; Que tem como testemunhas do acidente as seguintes pessoas: **Clarisse de Araújo Jorge**, RG **2007804158-3** e **Regia Pereira de Araújo Jorge**, RG **97024045830**; Que o (a) noticiante procurou em delegacia para lavrar este boletim de ocorrência, onde a mesma foi orientada que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento serem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo **299** do Código Penal Brasileiro. E muda mais disse.

Notificante(s)

Nome : **REGIA PEREIRA DE ARAÚJO JORGE**

Endereço : **R SÃO FRANCISCO 34**

Bairro : **PAVÃOZINHO 63600000**

Município/UF : **SENADOR POMPEU CE BRASIL**

INVESTPREV

00 JUN 2015

Telefone:

INVEST PREV

29 ABR 2015

Miguel A. Prota Júnior
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Mat. 135.490-1-X

Regia Pereira de Araújo Jorge

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

10-6-78

53

Legend

4

1040. J. L. B. E. A.

11 22 17th St.

7

NOTES

753

no mesmo sistema de notificação, pelo crime de falsificação informática de documento com o uso de dados pessoais, de acordo com o disposto no art. 1º da Lei nº 13.127/2015. O crime em questão, de no caso que se trata de uma falsificação informática de documento, não se enquadra no crime de falsificação informática de documento previsto no art. 273 do Código Penal, mas sim no crime de falsificação informática de documento previsto no art. 273-A do Código Penal, que trata da falsificação informática de documento com o uso de dados pessoais, de acordo com o disposto no art. 1º da Lei nº 13.127/2015. O crime em questão, de no caso que se trata de uma falsificação informática de documento, não se enquadra no crime de falsificação informática de documento previsto no art. 273 do Código Penal, mas sim no crime de falsificação informática de documento previsto no art. 273-A do Código Penal, que trata da falsificação informática de documento com o uso de dados pessoais, de acordo com o disposto no art. 1º da Lei nº 13.127/2015.

13461012345

Техники:

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΑ: ΑΓ. ΠΑΤΕΡΣ ΝΟ

MARIA DE VARGAS FILLO BECKENHA

Philippe: ELLIARDI, PAOLO CORRADI. 1900

RG: 142831088 (United Fruit Co.) 11/1/58 - 11/1/58 8.301323390

Medicamento: 001511050

НОВЫЕ ТИПЫ БИЗНЕС-КОДОВ

1) 0707.99(2) Nippon

POLÍGIO DE REFERÊNCIA: NA ROTATÓMICA

СЕМЛБ) СЕМАНДР БОУННЕН) СТО

ENCARGADO DE OBRAS: JUAN KRZYSZCZAK

Date of Occurrence : 10/11/2014 15:49:09

DATE: Hour of Communication: 02/03/2012 10:55:28

Verifica se o valor "CÍPULVLE DE RYB" é

Другой из вопросов

BOULEVARD DE L'INDEPENDANCE N° 221 - 221 \ 2012

DELEGACIA REGIONAL DE SEVAYDOR KOMPEN

POLICY CHAIR

SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL

CONFERÊNCIA DO ESTADO DO CEARÁ



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 757 / 2015

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

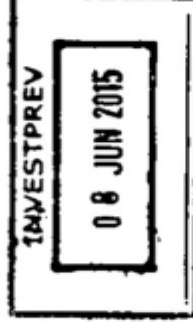
Miguel A. Frota Júnior
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR - MAT.: 135490-1-Mat. 135.490-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Requê Pereira de Araújo Jorge*

VISTO DO DELEGADO(A):

JEFFERSON LOPES CUSTÓDIO - MAT.: 404548-1-0



59 JUL 1962

1.515

08 JAN 2012

ЗАДАЧА РЕШЕНИЯ:

U.S. AIR FORCE JUV A2704242

SECRET AND EROIA TION - WAT 122001-4

RESOLVED THAT WE BE IT

DELETTA MARIO; DELETTA MARIO; DA ELETTORI DI PACE

FOI b7 - EXEMPT FROM DISCLOSURE
DATE OF REVIEW: 08-29-2012

DETROIT REGIONAL PLANNING EXHIBITION

5.871.45-57 ENA-8

MICHAEL V. D'ARCY, JR., DIRECTOR, EMERGENCY RELIEF

GOVERNAMENTO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**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): Luiz Pinto Cordulino
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sao Francisco, 34 Bairro Pavãozinho.
Pavãozinho Senador Pompeu CE CEP: 63600-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / ES] 165831988
Data local do exame: [06/07/2015] Senador Pompeu [CE]

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 fechada de escápula esquerda. O paciente apresenta dor no ombro, edema local, deformidade e impotência funcional.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
- Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
- Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- O autor foi submetido a tratamento conservador com imobilização com a tipóia de lona. No exame neurológico não foi evidenciado lesão do Plexo Braquial.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- Limitação da abdução e elevação do ombro esquerdo em grau moderado.**
- 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”
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () “Sem sequela permanente”
<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):
Ombro - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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 |
- 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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, 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, JOÃO VILTO CONDILINOPORTADOR(A) DO RG Nº 3658319-88EXPEDIDO POR SSP. EFEM 18/10/88 ECPF 87033933-00 / CNPJ 00000000-00. PROFISSÃO AGRICULTORE RENDA MENSAL DE R\$ 352,00 (3) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOÃO VILTO CONDILINO 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 Fundonal.
- 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 Lotéticas 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) _____

INVEST PREV

29 ABR 2015

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

Nº do BANCO 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0754 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 19.986-0

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 DO CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO.

INVEST PREV

08 JUN 2015

Ben. Zaym 09 de maio de 2015 Abra Piam de Transito Jorg

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 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.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. SENADOR POMPEU
DATA: 27/03/2015 HORA: 10:41:40
TERMINAL: 07541083 CONTROLE: 075410030228

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE
CGC/AGÊNCIA
CONTA
NOME

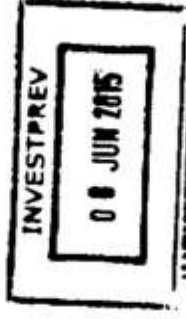
FAVORECIDO
CGC/AGÊNCIA : 0754 / SENADOR POMPEU
CONTA : 013.00.019.985-0
NOME : LUIZ PINTO COROULINO

VALOR :

DATA DE EFETIVAÇÃO : 27/03/2015

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO.O CREDITO
NA CONTA DE DESTINO SERA EFETUADO APOS O
PROCESSAMENTO DA TRANSACAO

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Dúvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2015

Carta nº: 7410318

A/C: LUIZ PINTO CORDULINO

Sinistro: 3150500963
Vítima: LUIZ PINTO CORDULINO
Data Acidente: 10/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: REGIA PEREIRA DE ARAUJO JORGE

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: **LUIZ PINTO CORDULINO**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000754**

Conta: **0000019986-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2015

Carta nº: 7267097

A/C: LUIZ PINTO CORDULINO

Sinistro: 3150500963
Vítima: LUIZ PINTO CORDULINO
Data Acidente: 10/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: REGIA PEREIRA DE ARAUJO JORGE

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.dpvatsegurodotransito.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, 08 de Junho de 2015

Carta nº: 7102096

A/C: LUIZ PINTO CORDULINO

Sinistro: 3150500963
Vitima: LUIZ PINTO CORDULINO
Data Acidente: 10/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: REGIA PEREIRA DE ARAUJO JORGE

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

