

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8527399

A/C: ADAIR REINALDO DA SILVA

Sinistro: 3160056599
Vítima: ADAIR REINALDO DA SILVA
Data Acidente: 31/12/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: AURICELIO LOPES RODRIGUES

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, 22 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8476700

A/C: ADAIR REINALDO DA SILVA

Sinistro: 3160056599
Vitima: ADAIR REINALDO DA SILVA
Data Acidente: 31/12/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: AURICELIO LOPES RODRIGUES

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 MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





0012

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADA - CE	
NOME AURICELIO LOPES RODRIGUES	
DOC. IDENTIDADE / OUT. IDENTIF. Nº 2006015058395 SSPDS CE	
CPF 037.268.263-43	
DATA NASCIMENTO 26/07/1990	
FILIAÇÃO JOSE MENDES RODRIGUES RITA MENDES LOPES	
RESIDÊNCIA QUILHADE	
ACC QUILHADE	
CATEGORIA QUILHADE	
Nº REGISTRO 893911619	
VALIDADE 20/06/2009	
OBSERVAÇÃO SEM OBSERVAÇÃO;	
LOCAL QUIXADA, CE	
DATA EMISSÃO 21/02/2014	
ASSINATURA <i>Auricelio Lopes Rodrigues</i>	
ASSINATURA <i>for Val - J. J. J.</i>	
NOME JOSE MENDES RODRIGUES	
CPF 64185844424	
DATA NASCIMENTO CE140555048	

21 JUL 2014



5 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 97098141057 DATA DE EXPECÇÃO 31/09/2010

NOME
ADAIR REINALDO DA SILVA

FILIAÇÃO
JOSÉ REINALDO DA SILVA
MARIA ESTER DE ARAÚJO

NATURALIDADE
IBARETAMA - CE DATA DE NASCIMENTO
06/12/1964

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 39 FOLHA: 202 LIVRO: A-40
FORTALEZA - CE
CPF: 296.152.283-72

2 VIA

Assinatura do Diretor

ALIS NATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.113 DE 29/08/83

P.: 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Polígono Direito

Assinatura do Diretor

Cartão de Identificação

BRASIL

Acesso à informação - Barra GovBr



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **296.952.283-72**

Nome da Pessoa Física: **ADAIR REINALDO DA SILVA**

Data de Nascimento: **06/12/1964**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

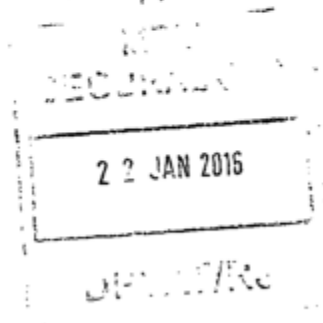
Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:30:40** do dia **01/12/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **36A7.C0BC.C924.0A11**

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

Portal do Governo Brasileiro (<http://brasil.gov.br>) Atualize sua Barra de Governo
(<http://epwg.governoeletronico.gov.br/barra/atualize.html>)





Secretaria Municipal da Saúde

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO



0006

Autenticação de atendimento

982.425

UNIDADE: H. M. E. B DATA: 31/12/12

☐ 1º Atendimento ☐ Previdenciário ☒ Outros P.A. 120/80

1 - Identificação:

Nome: Adair Reinaldo da Silva

Hora de Chegada 16:00

Temperatura: _____

Estado Civil: solteiro Sexo: F Idade: 48 a

Naturalidade: Ordá Profissão: ag. saúde

Procedência: Ilheus

Categoria: SUS

Residência: Novos Vides - Ilheus

2 - Queixa Principal: _____

3 - História Atual: Urticária de Adair

Dr. Marcelo Lima

79a no 20440-10

4 - Exames Solicitados: Ex. Tumor

Dr. Kleber Mariano
CARDIOLOGIA
CRM: 7084

Assinatura do Médico

Data	PROCEDIMENTO	Rúbrica
	1 - DIFERENÇA 2.044.10 IM.	16/10
	2 - TRATAMENTO.	
	3 - SEQUÊNCIA SOCIAL I L	
	4 - OBRIGATORIO.	

22 JAN 2013

Dr. Kleber

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, ANTONIO LUCILIO SATURNINO,

RG nº 2007633252-1, data de expedição 13/07/12,

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 030.993.263-72, com

domicílio na cidade de BARREIRAS, no Estado de

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

VILA NOVA VIDA, nº 514,

complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ADAIR REINALDO DA SILVA, cujo o condutor era

Veículo: HONDA/CG 150 FAN 6SI

Modelo: 2012

Ano: 2012

Placa: OII 4006

Chassi: 9C2 KC1 670 CR5 624 30

Data do Acidente: 31-12-12

Local e Data: QUIXADA-CE 22-09-2015

Antonio Lucilio Saturnino

Assinatura do Declarante

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





SERVICO AUTONOMO DE AGUA E ESGOTO CONTA D'ÁGUA

REGISTRO 00000024 CLS CAT TAR ECO RECUSAO EL RECUSAO 001 01/04/98 105010215 08/10/15 10/2015

MURICILIO LOPES RODRIGUES
RUA PORTUARIATO SILVA, 206
BAIRRO BOA PRINCIPIO
PIEDRA BRANCA

CIARA

LOCALIZAÇÃO
00.00.02.0000000990

ENDEREÇO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO

INDICADOR	DATA DE REGISTRO	CCO	DESCRIÇÃO	CT	PREST.	VALOR
LEITURA ANTERIOR	08/09/2015	001	TARIFA DE AGUA			16,90
LEITURA ATUAL	08/10/2015	015	MULTA POR ATRASO - 09/2015	01		0,39
CONSUMO	00001		DIAS DE CONSUMO			
OCCORRÊNCIA	002		LEITURISTA			

Portaria 518 de 25/03/2004 - Valores máximos permitidos						Resumo de Qualidade da Rede Distribuidora			
						Data:			
						Parâmetros	Cor	pH	Cloro
						Turbidez	Poder	Coef. Total	Coef. Fecul
						Pedra	até 15 uH	6,0 a 8,5	até 5,0 mg/L
						Obtidos	até 5 uH	0,5 a 0,8 mg/L	Ausente

O CONSUMO DE AGUA É DE 0,001 M3.
APRIMA COM 05,75% DE BOM CONSUMO.
VALORES DO ANO (98) 3515-1000.

MULTA 0,39 ENCARGOS DIÁRIOS 0,01 MÊSES EM DÉBITO

VENCIMENTO
CONSUMIDOR

30/10/2015

VALOR R\$

16,29

22 JAN 2015

DEPT. DE AGUA



Secretaria Municipal da Saúde

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO



980.425

Atendimento

UNIDADE:

H. M. E. B

DATA: 31/12/12

☐ 1º Atendimento

☐ Previdenciário

☒ Outros

P.A. 120/80

1 - Identificação:

Hora de Chegada 16:00

Temperatura: _____

Nome: Adair Reinaldo da Silva

Estado Civil: solteiro

Sexo: F

Idade: 48 a

Naturalidade: Quixadá

Profissão: ag. saúde

Procedência: Ilharetama

Categoria: SUS

Residência: Nova Vida - Ilharetama

2 - Queixa Principal:

3 - História Atual:

VITIME DE ACIDENTE
DE TRAFEGO COM
CARRO NO ZOLHO DA
RUA

4 - Exames Solicitados:

EXAMENOS DE
LABORATORIO

Dr. Kleber Marciano
CARDIOLOGIA
CRM: 7084

Assinatura do Médico

Data	PROCEDIMENTO	Rúbrica
	1 - DIPLOMA 2.0410 T.M.	16/10
	2 - TRATAMENTO	
	3 - SEQUENCIA 502 e I L	
	4 - OBRIGATORIO	

SECUNAL

22 JAN 2013

OP. 27/12

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Adair Reinaldo da Silva, portador da carteira de identidade nº 99098141057 o inscrito no CPF/MF sob o nº 296.952.283-72 residente e domiciliado na R. Nova Vida s/nº zona rural Cidade Ibaretama Estado Ceará, 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:

- ☒ (P) Não há estabelecimento do IML no município de 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 e análise da minha documentação com a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Ibaretama / Ceará 07/10/2015

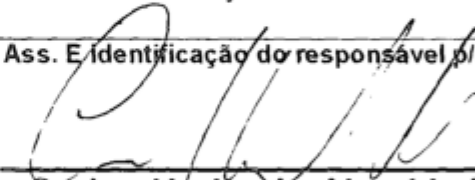
Local e data





ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL / DPI / 11ª DRPC / UNIDADE POLICIAL DE IBICUITINGA-CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL - Nº 572/2015
Ibicuitinga-CE, 01 de Outubro de 2015, às 10h20

NOME:	
ADAIR REINALDO DA SILVA	
CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG) nº: 99098141057 SSP-CE	C.P.F. nº: 296.952.283-72
FILIAÇÃO:	
JOSÉ REINALDO DA SILVA E MARIA ESTER DE ARAÚJO	
ENDEREÇO:	FONE:
RUA RUI BARBOSA Nº 453, CENTRO, QUIXADÁ-CE	85.992462867
NATUREZA DA OCORRÊNCIA:	
ACIDENTE DE TRANSITO DO TIPO QUEDA DE MOTO	
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	
RODOVIA DO ALGODÃO, KM 22, IBARETAMA-CE	
HISTÓRICO:	
A pessoa acima qualificada compareceu em Cartório desta Unidade Policial, onde, após ser cientificado do teor dos Artigos 340 e 342 do C.P.B., comunicou o seguinte: QUE a declarante veio registrar que no dia 31.12.2012, por volta das 14h30, trafegava conduzindo a moto Honda CG 150 FAN ESI, cor vermelha, ano 2012/2012, placa OII 4006-CE, chassi 9C2KC1670CR562430, registrada em nome de Antonio Lucilo Satumino, companheiro da declarante, ocasião em que se deslocava da cidade de Quixadá-CE para Ibaretagem-CE e ao atingir o local acima citado perdeu o controle do veículo após estourar o pneu traseiro da moto e diante disto veio a cair da moto; QUE após o acidente foi socorrida por populares para o Hospital de Quixadá-CE; QUE em razão do acidente a declarante sofreu pancada no joelho direito e tomazelo direito, tendo dado entrada no hospital com fortes dores; QUE a declarante afirma que teve o tomazelo engessado em razão da lesão sofrida; QUE a declarante alega que ainda sente dores no joelho direito. E nada mais disse.	
 Adair Reinaldo da Silva Noticiante	Ass. E identificação do responsável p/ registro:  Carlos Herbenio Almeida Bezerra Encarregado da Unidade Policial

Carlos Herbenio Almeida Bezerra
Mat.: 126992-1-2

22 JAN 2016

DP-11



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

-0014-
Cadastro em Pessoa Física 01/01/2010 08:00:00

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, Adair Reinaldo da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 99098141057EXPEDIDO POR SS PICEEM 30/09/2010 ECPF 296952283-72 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Agente de Saúde

E RENDA MENSAL DE R\$ 788,00. (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Adair Reinaldo da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 15938 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8496-4

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

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

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

22 JAN 2016

Barretama/CE 07 de Outubro de 2015

LOCAL E DATA

Adair Reinaldo da Silva

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.



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM.039761

ADAIR REINALDO DA SILVA 12:42 HRS
AGENCIA 1693 CONTA 0008496-4 23/SET/2016

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 1.474,47-
+ CONTA FACIL (C/D + POUP) 1.474,47-

Conta corrente

27 JAN 2016