

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11597737

A/C: LUCIANO FERREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170472144 ASL-0336782/17

Vítima: LUCIANO FERREIRA DA SILVA

Data Acidente: 08/06/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2017

Carta nº: 11617738

A/C: LUCIANO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170472144 ASL-0336782/17
Vítima: LUCIANO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 08/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2017

Carta nº: 11699194

A/C: LUCIANO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170472144 ASL-0336782/17
Vítima: LUCIANO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 08/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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: LUCIANO FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000000727-7

Conta: 0000013522-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170472144 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **LUCIANO FERREIRA DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **ST SANTA BARBARA nº S/N - RURAL - VICOSA DO CEARA/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2005028061375 - SSP**
Data local do exame: **13/09/2017 GUARACIABA DO NORTE/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)

FRATURAS FECHADAS DO II, III E IV METATARSOS ESQUERDOS.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM BOTA GESSADA, EVOLUINDO COM IMPORTANTE LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO II, III E IV PODODÁCTILOS, DEFORMIDADE EM DORSO SUGESTIVA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA COM FORMAÇÃO DE CALO ÓSSEO E INSTABILIDADE DO PÉ AFETADO. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.

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(*).

☐ Vitima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

PÉ ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - GUARACIABA DO NORTE, 13/09/2017

Médico Perito: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE MENEZES CRM:10432/CE


Dr. Wellington Melo
MÉDICO
CREMEC: 10432

Assinatura do perito Examinador - CRM

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

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.

FU Luciano Ferreira da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 2005028061375

EXPEDIDO POR SSP-CE

EM 29/07/2007

CPF 020034913-30 / CNPJ 000000000-000000-00, PROFISSÃO agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Luciano Ferreira 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 aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresaria! – 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 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.

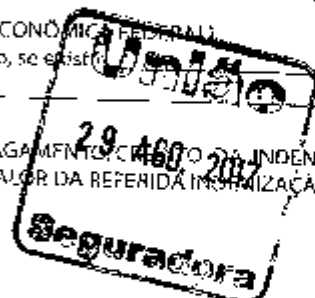
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0727-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 135 22-4

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, CANCELAMENTO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.



Vicosa - CE, 27 de Julho de 2017.

LOCAL, E DATA

* Luciano Ferreira da Silva

ASS. NATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos/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 no 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.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221704.



Bradesco

Dia & Noite

BDN Bradesco Dia & Noite
Transferencia - CC p/ CC

Data 27/07/2017 Hora 15:08 Term 058010
N. Trans 479 Banco 237 Agencia 0727
Conta 0002084-2 Valor

favorecido:
Banco 237
Agencia 0727 / VIGOSA DO CEARA
Conta 0013522-4

Titular: LUCIANO FERREIRA DA SILVA

Nome: ANTONIO FABIO DE ARAUJO
Tipo/Conta: CC Via/Cartao: 01

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talao de cheques em segundos.
Sem pedir no balcao,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

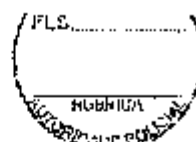
Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha uma boa tarde





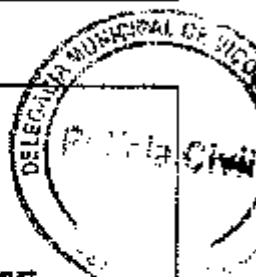
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1224 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/07/2017 09:47:51**
Data / Hora da Ocorrência: **08/06/2017 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO SANTA BARBARA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
Ponto de Referência:



Noticiante(s)

Nome: **LUCIANO FERREIRA DA SILVA**
Nascimento: **13/09/1987** CPF: **029.034.913-30**
RG: Orgão Emissor:
Filiação: **MARIA IRACEMA COSMO DAMIAO**
ANTONIO JOSE FERREIRA
Endereço: **SITIO JAGUARIBE**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
País: **BRASIL**

UF:

Boletim de ocorrência



CEP: **62.300-000**

Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRAMENCIONADOS, CONDUZIA O VEÍCULO HONDA/CG 150 TITAN KS, ANO E MODELO 2006/2007, COR VERMELHA, PLACA HXS 1867, CHASSI 9C2KC08107R014942, DE PROPRIEDADE DE JOSE JOAQUIM COSME DA COSTA, ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUANDO APÓS PASSAR POR UM BURACO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, CHEGANDO O MESMO A CAIR AO CHÃO E FICANDO COM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, CONFORME OS DOCUMENTOS EM ANEXO. ESTE B. O. É PARA FINS DE DPVAT.

União

29 AGO, 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

SERGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Luciano Ferreira da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração da Inexistência de IML



Eu, Luciano Ferreira da Silva, portador da carteira de identidade nº 2005028061315 e inscrito no CPF/IME sob o nº 029.034.913-30, residente e domiciliado na Sítio Santa Bárbara, Cidade União do Leão, Estado Leão, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Luciano Ferreira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

União - CE, 27.07.2017.

Local e data



cto Declaratório

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Comprovação de ato declaratório



Nome: Louliana Ferreira da Silva
Sexo: M ☒ F ☐ DN: 13/09/87 Idade: 29 Raça/Cor: _____
Nome do Pai: Alejo Ferreira da Silva Nome da Mãe: M^{te} Inedma Lemos Damasceno
Estado Civil: solteira Profissão: Agricultra
Município de Origem: ☒ Viçosa do Ceará ☐ Outro Município: _____
Endereço: St. Aquaribi I Telefone: () _____
Cartão do SUS: 700.5019.8354.7654 RG: 2005078061375
Data do Atendimento: 08/06/17 Hora: 18:22 Recepção: _____

SINAIS VITAIS

Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: 140 x 110 mmHg
FR: _____ irpm FC: _____ bpm DX: _____ mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não

Queixa Principal: _____

Há quanto tempo: _____

Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF: _____

Justificativa: _____

TIPO DE ACIDENTE:

- ☒ Acidente de Trânsito Data: 08/06/17 Hora: 18:00 Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
☒ Moto - Usando Capacete? _____ () Automóvel - Usando cinto de Segurança? _____
() Atrampelamento Local: _____
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda. De onde? _____
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Quelmeduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Álcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros: _____

Medicações e tempo de uso: _____

Anamnese e Exames Físicos Inicial: _____

União

29 AGO. 2017

Seguradora

Classificação de Risco: ☐

Data: ____/____/____

Assinatura do Profissional: _____

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Acrúcio e mto

ca. 12mm

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

APRAZAMENTO

1-

2-

3-

4-

5-

6-

Uso 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6

Deposito em 2m

Dr. (a) [Assinatura] [Assinatura]
Médico
CRM 14668

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

União

29 AGO. 2017

Seguradora

DESTAQUE

☒ Alta ☐ Observação

retorno 2manhã pl transf pl triangul

☐ TRANSFERÊNCIA PARA:

[Assinatura]

Assinatura do Usuário ou Responsável



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luciano Ferreira da SilvaRG nº 2005028061375 data de expedição 29 / 07 / 2005 Órgão SSP - CE

CPF nº 029.034.914-30, 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>St. Santa Bárbara</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	<u>---</u>
Bairro	<u>rural</u>
Cidade	<u>Viçosa do Ceará</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88)99404-4796 / 999273954 / 998045027</u>
E-mail	<u>afavicora@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Viçosa - Ce, 27.07.2017Assinatura do Declarante: x Luciano Ferreira da Silva



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Fábio de Araújo

RG nº 2001099079843, data de expedição 10/07/14, Órgão SSP-CE

CPF nº 006.892.523-90, 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:

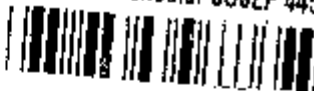
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Tr. Lorrantine Nogueira</u>
Número	<u>03</u>
Apto / Complemento	<u>1</u>
Bairro	<u>São Francisco</u>
Cidade	<u>Vicosa do Ceará</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99404-4796 / 999273954 / 998045027</u>
E-mail	<u>afaruiosa@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Vicosa - Ce, 26 de julho de 2017.

Assinatura do Declarante: Antonio Fábio de Araújo





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 Antônio Fábio de Araújo, portador(a) do RG nº 2001099079843, expedido por SSP-CE, em 10/10/14, CPF/CNPJ nº 006.892.523-90,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Luciano Ferreira da Silva, do sinistro de DPVAT da natureza inequidade da vítima Luciano Ferreira da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso-me Renda Mensal: R\$ Recuso-me

Documentos comprobatórios: Recuso-me

Antônio Fábio de Araújo
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Joaquim Carmo da Costa,
 RG nº 2009098055822 data de expedição 20/02/2017
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 059.361.553-07 com
 domicílio na cidade de Vicosa do Ceará, no Estado de
Ceará, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Baixa Grande, nº 510,
 complemento nival, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Luciano Ferreira da Silva, cujo o condutor era
Luciano Ferreira da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA CG 150 TITAN
 Ano: 2006/2007
 Placa: HXS 1867
 Chassi: 9C2KC08107R014942
 Data do Acidente: 08.06.2017
 Local e Data: Vicosa do Ceará, 26 de julho de 2017.

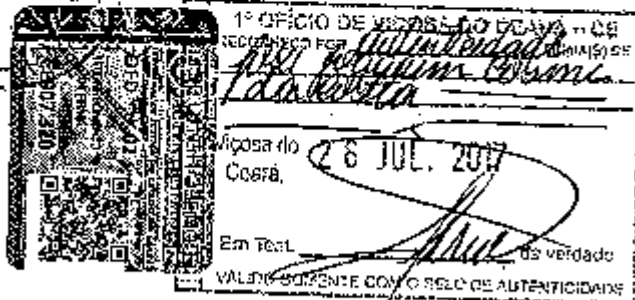


José Joaquim Carmo da Costa
 Assinatura do Declarante
 (com reconhecimento de assinatura por verdadeira ou autenticidade)

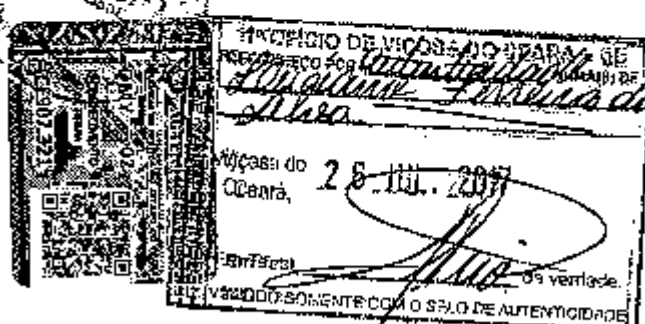


Luciano Ferreira da Silva

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



Louissanna Kelly Pereira Sirio
 Escrevente Substituta



Louissanna Kelly Pereira Sirio
 Escrevente Substituta

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Luiziano Ferreira da Silva
Sexo: ☒ M ☐ F ☐ DN: 13/09/87 Idade: 29 Raca/Cor: _____
Nome do Pai: João Ferreira da Silva Nome da Mãe: Mª Jurema Carmo Damasceno
Estado Civil: Solteiro Profissão: Agricultor
Município de Origem: ☒ Viçosa do Ceará ☐ Outro Município: _____
Endereço: St. Pauvareti I Telefone: () _____
Cartão do SUS: 400.5019.8354.7654 RG: 2005078061375
Data do Atendimento: 08/06/17 Hora: 18:22 Recepção: _____

SINAIS VITAIS

Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: 110 x 70 mmHg
FR: _____ irpm FC: _____ bpm DX: _____ mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não

Documentação médico-hospitalar

Queixa Principal: _____

Há quanto tempo: _____

Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF: _____

Justificativa: _____

TIPO DE ACIDENTE:

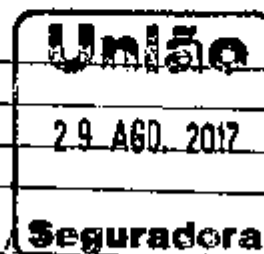
- (X) Acidente de Trânsito Data: 08/06/17 Hora: 18:00 Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
(X) Moto - Usando Capacete? _____ () Automóvel - Usando cinto de Segurança? _____
() Atropelamento Local: _____
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda. De onde? _____
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Alcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros: _____

Medicações e tempo de uso: _____

Anamnese e Exames Físicos Inicial: _____

Classificação de Risco: ☐

Data: _____



Assinatura do Profissional: _____

ATENDIMENTO MÉDICO

AValiação CLÍNICA:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S): Aquele e m l-
em f r m

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

APRAZAMENTO

1-

2-

3-

4-

5-

6-

Dr. Wellington Tamas
Médico
Pneumologista

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

DESTINO:

☒ Alta ☐ Observação

☐ TRANSFERÊNCIA PARA:

União

29 AGO. 2017

Seguradora

Assinatura do Usuário ou Responsável



FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: HM U.

Distrito Sanitário: _____

Município: VIÇOSA

Nome: JUCIANO FERREIRA DA SILVA

Prontuário Nº: _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: PAQUETE NÃO QUEDA DE MOTO APRESENTA TRAUMA

COM DOENÇA IMPACTANTE EM PE ESQUERDO

Resultado do(s) Exame(s):

R-X - FRATURAS FECHADAS

Conduta já Realizada: ANAM + EX-FES + R-X + ANGIÓGENIO

Impressão Diagnóstica: FRATURA FECHADA DO 2º, 3º e 4º

(PODODACTILO) ESQUERDO

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

☐ Ambulatorial

☒ Hospitalar

☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de Referência: HOSP. TIANGUÁ

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Data da Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado do(s) Exame(s):

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

Proposta de Consulta para seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultor - Nº Registro

Função

Data

Gua de atendimento - AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE

Previdência 161654	Atendimento 0003	Nome do Paciente LUCIANO FERREIRA DA SILVA	CNS 700501983547854	Gua de Autorização
Identidade: 2005028061375		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 13/09/1987		Local VICOSA DO CEARA/CE	Idade 29 Ano(s)	
Pai ANTONIO JOSE FERREIRA DA SILVA		Mãe MARIA IRACEMA COSMA DAMIAO		
Endereço SITIO SANTA BARBARA, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 62300-000	Município VICOSA DO CEARA	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Conjuge		
Responsável LUCIANO FERREIRA DA SILVA	CPF do Responsável	Endereço SITIO SANTA BARBARA, SN	Município VICOSA DO CEARA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

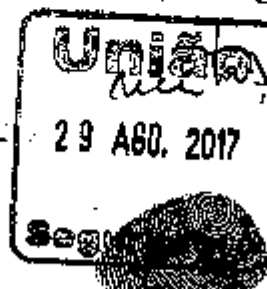
Data Atendimento 08/06/2017	Hora 08:25	Convênio SUS	Matrícula	CRD
Profissional do Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA		CRM/UF 16409/SP	Tipo Atendimento ENCAMINHADO P/CONSULTA	
Validador de Atendimento Trânsito		Funcionário RENARA AGUIAR FONTENELE		
Reservação				
Idade	Data/Hora Liberação		Tipo de Sessão	
	às hs.		() Alta () Internação () Óbito	

inais Vitais	Pressão (mmHg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)

otivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)



Dr. Danilo Conserva Arruda
ORÇAMENTO E TRAMIA
CRIME 15/08



DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: LUCIANO FERREIRA DA SILVA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 161864	Atendimento 0006	Nome do Paciente LUCIANO FERREIRA DA SILVA		CNS 700801983547854	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2005028061375		Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Masculino	
Data de Nascimento 13/09/1987		Local VICOSA DO CEARA		Idade 29 Ano(s)	
Pai ANTONIO JOSE FERREIRA DA SILVA		Mãe MARIA IRACEMA COSMA DAMAS			
Endereço SÍTIO JAGUARIBE 1, SN		Bairro ZONA RURAL	CEP 62300-000	Município VICOSA DO CEARA	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge		Telefone 88 36531130	
Responsável LUCIANO FERREIRA DA SILVA		CPF do Responsável	Endereço SÍTIO JAGUARIBE 1, SN	Município VICOSA DO CEARA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 19/07/2017	Hora 07:31	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional de Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA		CRM/UF 16409/SP	Tipo Atendimento RETORNO	
Indicador de Acidente		Funcionário FAIANE SOUZA DE LIMA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)
				PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

R X de tornozelo L. (E)

Lx 20 → 40 mm (E)

s/queixas

cd. canga tope



Danillo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM: 16409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409



Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: LUCIANO FERREIRA DA SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

CRIMINAL SOCIAL

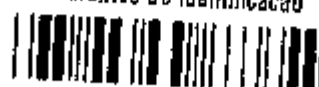
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



LUCIANO FERREIRA DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2005028061375 DATA DE EMISSÃO 29/7/2005

NOME LUCIANO FERREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO JOSE FERREIRA DA SILVA
E MARIA IRACEMA COSMO DAMIÃO

NATURALIDADE VICOSA DO CEARÁ-CE DATA DE NASCIMENTO 13/9/1987

DOC. ORGEM CERT. NASC. 3590 L A4 F

98V QUATILGUAZ VICOSA/CE

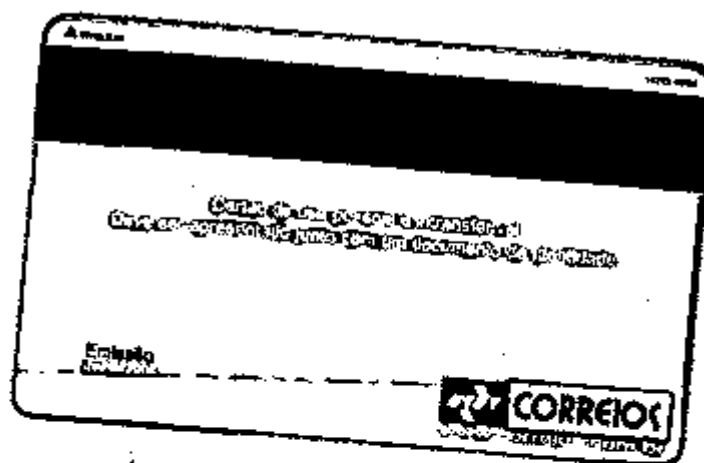
CPR

LEI Nº 7.118.03.2908-03

União

29 AGO. 2017

Seguradora



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

[illegible]**Seguradora**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170472144 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 08/06/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME MEDICO PERICIAL - Analista não identificou (quantificou) possível (eis) sequela (s) através dos documentos anexados

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170472144

Cidade: Viçosa do Ceará

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUCIANO FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 08/06/2017

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA.
DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS FECHADAS DO II, III E IV METATARSOS ESQUERDOS.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM BOTA GESSADA, EVOLUINDO COM IMPORTANTE LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO II, III E IV PODODÁCTILOS, DEFORMIDADE EM DORSO SUGESTIVA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA COM FORMAÇÃO DE CALO ÓSSEO E INSTABILIDADE DO PÉ AFETADO . REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE ME

CRM do médico: 10432

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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA

Nome: Luciano Ferreira da Silva
 Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: solteiro
 Profissão: agricultor
 Identidade: 2005028061375 CPF: 029.034.913-80
 Endereço: Sítio Santa Bárbara Bairro: rural
 Cidade: Vieira do Ceará Estado: Ceará

PROCURADOR:

Nome: Antônio Fábio de Araújo
 Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: divorciado
 Profissão: autônomo
 Identidade: 2021099079843 CPF: 006.892.523-90
 Endereço: Ta. Larmatine Nogueira Bairro: São Francisco
 Cidade: Vieira do Ceará Estado: Ceará

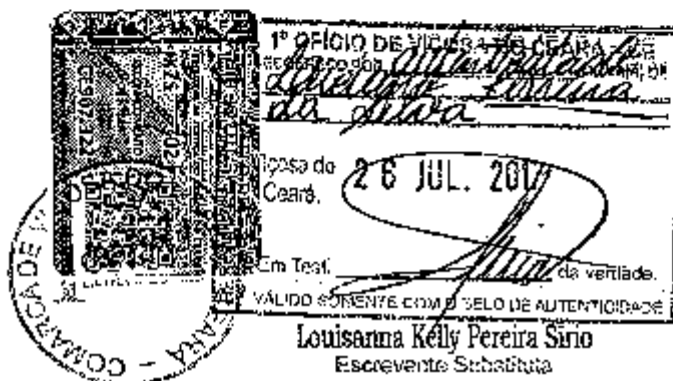
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Luciano Ferreira da Silva

Vieira do Ceará, 26 de julho de 2017.
 Local e data

Luciano Ferreira da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
 (reconhecer firma por autenticidade)



Louisanna Kelly Pereira Siro
 Escrevente Substituta