

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160346237 **Cidade:** Senador Sá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OLIVAN SOUZA ALVES **Data do acidente:** 28/09/2014 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura cominutiva da mandíbula. Trauma na face anterior do tórax. Ferimento corto-contuso extenso com perda de substância da região cervical.

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa-se de dores com dificuldade de mastigar. Ao exame físico vítima apresenta cicatriz cirúrgica, queloidiana na face anterior do tórax e pescoço. Deformidade com desvio para a esquerda da mandíbula, dificuldade para mastigação e redução na abertura da boca.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com desbridamento cirúrgico da lesão corto-contusa da região cervical. Tratamento conservador da lesão facial e do

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/10/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Ivo de Vasconcelos

CRM do médico: 3374

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PRESTADOR

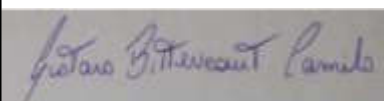
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160346237

Cidade: Senador Sá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: OLIVAN SOUZA ALVES

Data do acidente: 28/09/2014

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM REGIÃO CERVICAL, ESCORIAÇÕES EM FACE

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME PERICIAL

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: LAERTE FELIX DE MATTOS

CRM do médico: 52.34636-3

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160346237

Cidade: Senador Sá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: OLIVAN SOUZA ALVES

Data do acidente: 28/09/2014

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura cominutiva da mandíbula. Trauma na face anterior do tórax. Ferimento corto-contuso extenso com perda de substância da região cervical.

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa-se de dores com dificuldade de mastigar. Ao exame físico vítima apresenta cicatriz cirúrgica, queloidiana na face anterior do tórax e pescoço. Deformidade com desvio para a esquerda da mandíbula, dificuldade para mastigação e redução na abertura da boca.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com desbridamento cirúrgico da lesão corto-contusa da região cervical. Tratamento conservador da lesão facial e do

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/10/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Ivo de Vasconcelos

CRM do médico: 3374

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PRESTADOR

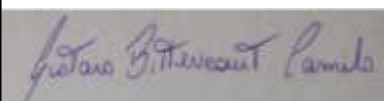
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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): **OLIVAN SOUZA ALVES** Sinistro: **3160346237** Data: **28/09/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **FAZENDA MORRINHOS, SN - LESTE - Senador Sá - CE - CEP 62470-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /SP**] **57.272.949-2**

Data local do exame: [**20/10/2016**] **Sobral** [**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 cominutiva da mandíbula. Trauma na face anterior do tórax. Ferimento corto-contuso extenso com perda de substância da região cervical. . Vítima queixa-se de dores com dificuldade de mastigar. Ao exame físico vítima apresenta cicatriz cirúrgica, queloidiana na face anterior do tórax e pescoço. Deformidade com desvio para a esquerda da mandíbula, dificuldade para mastigação e redução na abertura da boca.

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.
Tratamento cirúrgico com desbridamento cirúrgico da lesão corto-contusa da região cervical. Tratamento conservador da lesão facial e do

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.

Dano cranio facial

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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):
Estruturas cranio faciais

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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 valoração do dano corporal.



Assinatura do Médico Examinador – CREMEC: 3374

Francisco Ivo de Vasconcelos - CRM: 3374 - CE

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2015

Carta nº: 7407348

A/C: OLIVAN SOUZA ALVES

Sinistro: 3150345731
Vitima: OLIVAN SOUZA ALVES
Data Acidente: 28/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **10/07/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **28/09/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2016

Carta nº 8528409

a/c: OLIVAN SOUZA ALVES

Sinistro: 3150345731
Vitima: OLIVAN SOUZA ALVES
Data Acidente: 28/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2016

Carta nº: 9230157

A/C: OLIVAN SOUZA ALVES

Sinistro: 3160346237 ASL-0902131/16
Vitima: OLIVAN SOUZA ALVES
Data Acidente: 28/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2016

Carta nº: 9230158

A/C: OLIVAN SOUZA ALVES

Sinistro: 3160346237 ASL-0902131/16
Vitima: OLIVAN SOUZA ALVES
Data Acidente: 28/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **27/03/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **28/09/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Documentação médico-hospitalar infor. incorretas
- Declaração do Proprietário do Veículo infor. incorretas

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2016

Carta nº: 9878681

A/C: OLIVAN SOUZA ALVES

Sinistro: 3160346237 ASL-0902131/16
Vítima: OLIVAN SOUZA ALVES
Data Acidente: 28/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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, 01 de Novembro de 2016

Carta nº: 9961756

A/C: OLIVAN SOUZA ALVES

Sinistro: 3160346237 ASL-0902131/16
Vítima: OLIVAN SOUZA ALVES
Data Acidente: 28/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: **OLIVAN SOUZA ALVES**

Valor: **R\$ 6.750,00**

Banco: **001**

Agência: **000002285-3**

Conta: **0000024672-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.750,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 =	R\$	6.750,00
---	-----	----------

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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ.



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 indenização no banco.

EU, OLIVAN SOUSA ALVESPORTADOR(A) DO RG Nº 57.272.949-2 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 08/03/2013CPF 057821033-96 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO DESEMPREGADO

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA OLIVAN SOUSA ALVES, 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO BRADES AGÊNCIA 5415 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 0002126-1

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAU
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL SOBRAL, CEARÁ DATA 27/03/2013

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) _____

OLIVAN SOUSA ALVES

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.026601
OLIVAN SOUZA ALVES 12:41 HRS
AGENCIA 5415 CONTA 0002126-1 20/FEV/2016

DISPONIVEL
+ CONTA FACIL (C/C + POUPI) 79,92-
= TOTAL DISPONIVEL 79,92-

SALDO TOTAL 79,92-

LIMITES DE CREDITO
LIMITE EM CONTA 200,00
LIMITE UTILIZADO 79,92-
LIMITE A UTILIZAR 120,08
CREDITO PESSOAL 300,00
LIMITE UTILIZADO 0,00
LIMITE A UTILIZAR 300,00

TAXA QMD ESP.: 11,27% A.M. 260,19% A.A.
VOTO.: 19/06/2016

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022/0800 670 0022.
SAC Ato Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 7220099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 16h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

0402131/16

3160346237



Seguradora Líder - DPVAT

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, OLIVAN SOUZA ALVESPORTADOR(A) DO RG Nº 57.272.949-2 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 08/03/2013 ECPF 057823033-96 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA OLIVAN SOUZA ALVES. 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 e/ou 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 BRASIL Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2285-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24.672-7

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

SOBRALE, 02 de SETEMBRO de 2016

LOCAL E DATA

OLIVAN SOUZA ALVES

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

08 OUT. 2016

DPVAT - CTBA

! 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.

Banco Postal

*** Extrato de Conta Corrente ***

Agência : 12901492-AL SENADOR DA
 Terminal : 93538380 Id. Trx. : 50249
 Moeda : 034115 Caixa : 31813684
 Data : 09/08/2016 Hora : 08:44
 (Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

5757806592

00176

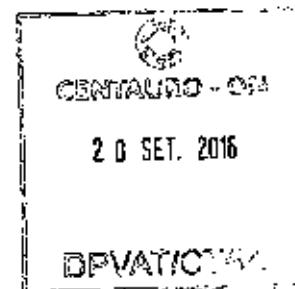
EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 2245-3 CONTA: 24.872-7
 CLIENTE: CLIVAN SOUZA ALVES

HISTORICO	DOCU.	VALOR
02/08/2016		
Saldo Anterior		0,00
N A O H A L A N C A M E N T O S		
Juros +		0,00
Data de Debito de Juros	01/08/2016	
IOF +		0,00
Data de Debito de IOF	01/08/2016	
(*) Apurados de acordo com o sumatório dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.		
SALDO EM CONTA SALARIO		0,00

OBSERVAÇÕES:

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC
 0800 729 0722





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE URUOCA



0902431/16

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 567 - 109 / 2015

710343

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: 17/03/2015 11:08:31

Data / Hora da Ocorrência : 28/09/2014 17:35:31

Endereço da Ocorrência: LGO RODOVIA 362 - SENADOR SÁ

NAO INFORMADO SENADOR SA /CE

Ponto de Referência: RODOVIA 362 - AV. 23 DE AGOSTO

3180/345739

Histórico

Compareceu nesta delegacia a noticiante abaixo e informou que na data, hora e local acima caiu de moto no local supramencionado, pertencente à cidade de Senador Sá-CE; Que ela era passageira de uma motocicleta HONDA/CG 125CC TITAN ES, COR PRETA, ANO E MODELO 2008/08, PLACA: HYG2177/CE, CHASSE 9C2KC08508R118839, a qual esta registrada em nome de BANCO FINASA BMC SA, sobre a posse de ANA GLAUCIA SABINO SOUZA e que era pilotada José Brisamar Cavalcante Júnior, o qual possui da CNH nº 03841761806; Que segundo o noticiante caiu por conta de um outro condutor ter avançado a preferencial na rodovia; Que diante disso bateu num carro pequeno; Que em decorrência dessa queda quebrou o maxilar, sofreu uma perfuração no tórax e sofreu várias escoriações; Que foi socorrida para Hospital de Senador Sá - CE e de lá transferido para o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral - CE; Que ressalta que o condutor não estava sobre o efeito de álcool ou qualquer outra substância psicoativa que determine dependência; Que conhece o condutor e é de notório conhecimento da noticiante que ele não ingere bebidas alcoólicas; Que nada mais disse e nem lhe foi perguntado. /////

Obs. Comunicação falsa é crime e está previsto nos arts. 299 e 340 do CPB

Noticiante(s)

Nome : OLIVAN SOUZA ALVES

Endereço : R FZ MORRINHOS - SENADOR SÁ

Bairro : ZONA RURAL

Município/UF : SENADOR SA CE BRASIL

Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE URUOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JUSCELINO GOMES DOS SANTOS - MAT.: 300057-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

02-von Souza S&S

VISTO DO DELEGADO(A) :

CARLOS ALEXANDRE MARQUES - MAT.: 404563-1-7

DELEGACIA MUNICIPAL DE URUOCA

Impresso em: 17/03/2015 11:20



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, OLIVAN SOUSA ALVES, portador da carteira de identidade nº 57.272.949-2 e inscrito no CPF/MF sob o nº 057.823.033-96, residente e domiciliado na FAZENDA MOREINHOS, S/A, LESTE Cidade SENADOR SA Estado CEREA declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SOBRAL, CE 27 de março de 2015

Local e data



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA



Aten: 0941950 SA. Atendes: 28/09/2014 - 17:35
Reg.: 43302245-01. ES-22304 Nasc: 05/09/1991
Nome: OLIVIAN ALVES SOUSA
End.: MOURINHOS 9
DISTRITO: SENADOR SA-CE: CEP: 62470000

Handwritten signature

ATENDIMENTO: ADULTO ☒

PEDIÁTRICO ☐

CIRÚRGICO ☒

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AMARELO

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: às 15:25

PROCEDÊNCIA: Senador SA

☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

- ☐ ENCAMINHADO
- ☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- ☐ NÃO TINHA MÉDICO
- ☐ POSTO ESTAVA FECHADO
- ☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☐

CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE
- ☐ É LONGE DE CASA
- ☐ NUNCA TEM MÉDICO
- ☐ TEM PLANO DE SAÚDE
- ☐ SAMU
- ☐ CARRO
- ☐ DEAMBULANDO
- ☐ OUTRAS AMBULANCIAS
- ☐ MOTO, BICICLETA...

☐ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☐ UBS

Stamp: Santa Casa de M. de Sobral
CONF. COMO ORIGINAL
André R. Montenegro
Coordenador

HDA DO ACOLHIMENTO:

Paciente vítima de acidente de moto, apresentando lesão no membro superior direito.
Em estado consciente. Apresenta excitação pela ferida e apresenta um comportamento
agressivo. Orientado.

PA: 80/40 PULSO: 120 FR: 24 TEMP: 36,2 PESO: 50 kg

TIPO DE ACIDENTE:

- ☐ Acidente c/ objetos corto-contusos
- ☐ Choque elétrico
- ☐ Ingestão acidental: ☐ Corpo estranho
- ☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau
- ☐ Atropelamento: ☐ Carro ☐ Moto
- ☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto
- ☐ Mordedura de animal: ☐ Doméstico
- ☐ OUTROS
- ☐ Acidente por arma de fogo
- ☐ Afogamento
- ☐ Queda. De onde? DE CIMA
- ☐ Produto químicos farmacêuticos
- ☐ Bicicleta
- ☒ Moto: ☐ com capacete ☐ sem capacete
- ☐ Selvação
- ☐ Elétrico

LOCAL DO ACIDENTE:

- ☐ Domicílio
- ☒ Via Pública
- ☐ Escola
- ☐ Outros

CONFERIDO

Stamp: C. A. A. V. V. E. PREVIDÊNCIA S. S. 31 MAIO 2016 DPVAT - CTBA

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

CONDUTA: TC + RX

DIAGNÓSTICO: Poli-traumatismo grave

Ass. Médico - CRM
Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS _____

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

☐ COM MEDICAÇÃO

☐ SEM MEDICAÇÃO

☐ ALTA COMPLEXIDADE

☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO

☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Data: ____/____/____

Hora: _____

Antônio Henrique
Ass. Médico - CRM
Ass. Médico - CRM

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: 26/10/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OLIVAN SOUZA ALVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02285-3

CONTA: 000000024672-7

Nr. da Autenticação D5D5FF8CD69C1272