

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/07/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05811-4

CONTA: 000000001102-9

Nr. Autenticação

BRABCO1707201505000000000023705811000000001102472500 PAGO

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150529259 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/02/2014 **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Luxação do joelho direito

**Descrição do exame médico pericial:** apresenta instabilidade do joelho direito, claudicação, atrofia e limitação funcional do MID.

**Resultados terapêuticos:** tratamento conservador

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do MID em 50%.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 09/07/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Lucas Lopes Rego

**CRM do médico:** 3932

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

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

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2015

Carta nº: 7441269

A/C: FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS

Sinistro: 3150529259  
Vítima: FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS  
Data Acidente: 03/02/2014  
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: FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000005811-4

Conta: 000000001102-9

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

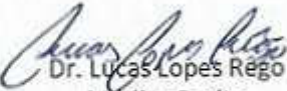
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Francisco Almeida dos Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua 11 de Junho, 1340  
Centro União PI CEP: 64120-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 590053  
Data local do exame: [ 09/07/2015 ] Teresina [ PI ]

**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)  
**Luxação do joelho direito. Ao exame apresenta instabilidade do joelho direito, claudicação, atrofia e limitação funcional do MID.**
- 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.  
**Paciente cursando com luxação do joelho direito, sendo submetido a tratamento conservador. Evolui com instabilidade do joelho direito, claudicação, atrofia e limitação funcional do MID.**
- 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 funcional do MID em 50%.**  
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" ( ) "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):<br><b>Membro inferior - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo  | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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 d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. Lucas Lopes Rego  
Médico Perito  
CRM-PI-3932



NOME DO PACIENTE: Francisco Almeida dos Santos  
NÚMERO DE PRONTUÁRIO: 183.953

HUT - SAME  
CONFERE COM O PRONTUÁRIO  
TERESOPOLIS, RJ  
SERVIÇO DE

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO  
AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA  
UTILIZAÇÃO."

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



0070P. 100

Imp: 03/02/2014 17:18:53

(User: LIVIA MOREIRA)  
(Estação: ACCR02)


**BOLETIM DE ENTRADA - BE****DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS		<b>Prontuário:</b> 183953
<b>Mãe:</b> MARIA PIRES DE ALMEIDA SANTOS	<b>Pai:</b> FRANCISCO VAZ DOS SANTOS	
<b>End.Resid.:</b> RUA 08 DE JUNHO, S/N - SAO SEBASTIAO - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
<b>Nascimento:</b> 04/02/1964	<b>Idade:</b> 49a:11m:30d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86- -
<b>Responsável:</b> MARILENE MACHADO DE ASSUNCAO SANTOS		<b>CNS:</b> 898000537751558
<b>Profissão:</b> LAVRADOR		<b>Documento:</b> RG: 79111 - SSP
<b>G. Instrução:</b> Fundamental Incompleto		<b>E.Civil:</b> Concubinato
<b>End.Local.:</b> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 364983	<b>Data:</b> 03/02/2014 17:02:26	<b>Condução:</b> AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		<b>Convênio:</b> S U S
<b>Acid.Trab.:</b> Não	<b>Caso Policial:</b> Não	<b>Pl.Saúde:</b> Não
<b>Trauma:</b> Não	<b>Maus Tratos:</b> Não	

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma:</b> PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	<b>Evento Principal:</b> Dor moderada	<b>Destino:</b> CONSULTORIO GERAL	<b>Classificação:</b> Amarelo
<b>Breve História:</b> ACIDENTE DE MOTO NA 19H, ATIRMA QUE USAVA CAPACETE, NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, NEGA DOR TORAX/ABDOMEN/CABEÇA, QUEIXA-SE DE DOR EM JOELHO E QUADRIL. SEM OUTRAS QUEIXAS. DESTINO ORTOPEDISTA			 <b>Ass.Profissional Acolhimento:</b>

**DADOS CLÍNICOS:**

<p>Flow no 7000 1</p>			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
<b>Diagnóstico Inicial:</b>			<b>CID:</b>

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

<p>TAXA TUR</p>	
-----------------	--

**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

<b>DATA:</b> / /	<b>HORA:</b> :	<b>Se internação, indique o Procedimento e CID</b>
		<b>Procedimento:</b> <b>CID:</b>

*Marilene Machado de Assunção S*  
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820. Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



Imp: 03/02/2014 17:02:39

(DANIELA MARQUES)

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL****DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS		<b>Prontuário:</b> 183953
<b>Mãe:</b> MARIA PIRES DE ALMEIDA SANTOS		<b>Pai:</b> FRANCISCO VAZ DOS SANTOS
<b>End.Resid.:</b> RUA 08 DE JUNHO, S/N - SAO SEBASTIAO - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
<b>Nascimento:</b> 04/02/1964	<b>Idade:</b> 49a:11m:30d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86- -
<b>Responsável:</b> MARILENE MACHADO DE ASSUNCAO SANTOS		<b>CNS:</b> 899000537751558
<b>Profissão:</b> LAVRADOR		<b>Documento:</b> RG: 79111 - SSPi
<b>G. Instrução:</b> Fundamental Incompleto		<b>E.Civil:</b> Concubinato
<b>End.Local.:</b> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 364983	<b>Data:</b> 03/02/2014 17:02:26	<b>Condução:</b> AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		<b>Convênio:</b> S U S
<b>Acid.Trab.:</b> Não	<b>Caso Policial:</b> Não	<b>Pl.Saúde:</b> Não
<b>Trauma:</b> Não	<b>Maus Tratos:</b> Não	

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

<b>ESPECIALISTA:</b>		<b>Carimbo/Assinatura Solicitante</b>
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b>		
<b>DADOS DO PARECER:</b>		
<b>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</b>		

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

<b>ESPECIALISTA:</b>		<b>Carimbo/Assinatura Solicitante</b>
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b>		
<b>DADOS DO PARECER:</b>		
<b>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</b>		

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3223 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS** (Prontuário: 183953)  
Endereço: RUA 08 DE JUNHO S/N - SAO SEBASTIAO - UNIAO - PI CEP: 64120-000  
Nascimento: 04/02/1964 Idade: 48a.2m.20d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 215716  
Requisição: 207969 Solicitação: 05/03/2012 Solicitante: MANOEL ITALO PIMENTEL SANTOS LOPES  
Controle: 266764 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 05/03/2012

**T.C. DE CRANIO**

**TÉCNICA:** Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

**RELATÓRIO:**

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

**CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.**

(ELSON OLIVEIRA)

TERESINA - PI 24/04/2012

**WILSONNEY HOLANDA LEAL**

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável







**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**244.465.132-49**

Nome  
**FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS**

Nascimento  
**04/02/1964**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
**4AE2.F7E3.A7F2.5CCB**

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:11:22 do dia 24/07/2014 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

DOCUMENTO 5 \*794\*



DOCUMENTO 7 \*T7\*



100487

# EDR – Serviços Técnicos de Seguros

## AVISO DE SINISTRO DPVAT

Cobertura reclamada

Natureza do Evento

Data do Acidente

( ) Morte

( ) Atropelamento da vítima

☒ Invalidez Permanente

( ) Vítima passageiro do veículo

( ) DADS - Desp. Assist. Médica e Suplementares

( ) Vítima motorista do veículo

Nome da vítima	Data de nascimento	CPF
Francisco Almeida da Silva	04.02.64	244.465.132-49

Informe neste campo o endereço do beneficiário (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)

Endereço	Nº	Telefone
Rua 11 de Junho N: Urbano	1340	( )
CEP	Cidade	Estado
64120-000	União	PI

Nome do Procurador	Endereço completo e telefone para contato
	Rua Nº Fone ( )
E-mail:	CEP Cidade Estado

### Documentos necessários (Provas do sinistro e Cadastramento):

Para todas as coberturas	Em caso de morte	Despesas Médicas	Invalidez
<p><b>ATENÇÃO: OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO COMPLETO E A ASSINATURA DO VERSO DESTA AVISO.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Boletim de Ocorrência Policial (original) ou cópia autenticada pelo próprio Órgão Expedidor, que descreva a natureza do evento (colisão, atropelamento, etc.) e identifique o veículo (nº da placa ou do chassi), que transportava ou atropelou a vítima.</li> <li>- Cópia frente e verso do DUT do ano em que ocorreu o acidente (obrigatório no caso de vítima ou beneficiário proprietário).</li> <li>- Procuração extraída em Cartório específica para recebimento de Seguro DPVAT, quando o reclamante for analfabeto. Quando a vítima estiver sendo representada por terceiro, a procuração poderá ser particular com firma reconhecida por autenticidade ou verdadeira.</li> <li>- Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. do procurador.</li> <li>- Fotocópia do R.G. e C.P.F. da vítima.</li> <li>- Fotocópia do R.G. e C.P.F. (obrigatório) do beneficiário.</li> <li>- Cópia da Certidão de Nascimento da vítima, quando esta for menor e não tiver documento de identidade.</li> <li>- Cópia do comprovante de residência do receptor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certidão de óbito (original ou cópia autenticada).</li> <li>- Laudo de Necropsia (somente quando necessário, a critério da Seguradora).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relatório médico do primeiro atendimento imediatamente após o acidente, consignando o diagnóstico das lesões diretamente decorrentes do evento e o tratamento proposto para a recuperação da vítima.</li> <li>- Comprovantes das despesas médicas e hospitalares (originais).</li> <li>- Termo de cessão de direitos passado pela vítima ou seu responsável ao terceiro que pagou as despesas, quando for o caso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo do Instituto Médico Legal (jurisdição onde ocorreu o acidente), consignando as lesões apresentadas pela vítima e respectivo grau de invalidez definitiva (mínimo, médio, máximo ou total), do órgão membro lesado no acidente.</li> </ul>

### Beneficiários do Seguro:

De acordo com a Lei 5.194 de 19.12.74 o beneficiário é o cônjuge, na constância do casamento, equiparando-se como tal a(o) companheiro(a) e, na falta destes, os herdeiros legais, obedecida a ordem da vocação hereditária (art. 1.603 do Código Civil Brasileiro).

### Documento de habilitação dos beneficiários:

Beneficiário, Cônjuge	- Certidão de Casamento da vítima, com data atualizada.
Beneficiário(a): Companheiro(a)	- Documentação que comprove essa situação e declaração informando se a vítima era solteira, separada ou viúva. (A companheira é equiparada a esposa, obedecidas as leis da Previdência Social)
Filhos ou irmãos:	- Declaração informando os nomes de todos os filhos ou irmãos deixados pela vítima, anexando a esta seus respectivos documentos de identidade ou Certidão de Nascimento. Em se tratando de menor de 16 anos, juntar também declaração informando quem é o seu responsável legal ou está exercendo o pátrio poder sobre o menor.
Pais:	- Certidão de Nascimento da ou cópia de um documento de identidade da vítima.
Outros:	- Cópia de um documento de identidade.

Obs.: 1) Deve-se observar os documentos necessários para cada tipo de cobertura e a sua apresentação, o que contribuirá para a rápida liberação do pagamento da indenização.  
2) Reservamo-nos o direito de requisitar a apresentação de outros documentos, caso seja necessário.

Local e data

Assinatura do reclamante

Francisco Almeida da Silva





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 810350529259 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, Francisco Almeida da Silva  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 590.053 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 07/08/82 E  
 CPF 244465132-49 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
 E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 mens 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 (nesse 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](http://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) \_\_\_\_\_

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.

de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA METROPOLITANA  
DELEGACIA DE UNIÃO/PI - 20º DP

Rua Sesostre Correia, s/n, Centro, União/PI - Tel 86 32652020



**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA**  
**DE TRÂNSITO Nº 080/2015**

**Certifico**, como me faculta a Lei, e atendendo Registro de Ocorrência da parte interessada, que revendo os livros de registros e arquivos desta Delegacia de Polícia Civil encontrei no Livro de Registro de Ocorrência de Trânsito, 2015-DPU, às fls. 46 e verso a ocorrência de nº. **080/2015**, com o seguinte teor:

**1-NATUREZA:** ACIDENTE DE TRÂNSITO.

**2-LOCAL:** PI- 112, na Localidade Malhada da Areia, zona rural, União-PI.

**3-DATA DO FATO:** 03 de fevereiro de 2014

**Horário:** 07:00hs

**4-DATA DO REGISTRO:** 13.05.2015.

**Horário:** 10h20min

**5-NOTICIANTE:** FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS, brasileiro, natural de União-PI, RG 590.053-SJSP/PI, CPF 244.465.132-49, casado, lavrador, filo de Francisco Vaz dos Santos e de Maria Pires de Almeida Santos, residente e domiciliado na Rua 11 de junho, nº 1340, bairro São Sebastião, União-PI, sabendo ler e escrever.

**6-HISTÓRICO:** compareceu nesta DP para noticiar que no local, data e horário acima especificados, conduzia a motocicleta HONDA/CG 125 FAN, cor preta, placa NIA-6226, Cód. Renavam 973013362, Nome/Endereço José Rodrigues Sampaio, ME, R. Benedito Rego 00763, Centro PI, chassi 9C2JC30708R609958, e um animal (jumento) quando travessava a pista o noticiante bateu nele e o noticiante caiu em cima da pista e sofreu edema em joelho direito. Que não deseja representar para apuração dos fatos e as declarações acima são de sua responsabilidade. **Averbação a Ocorrência nº 080/2015.** compareceu nesta Delegacia o senhor FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS, brasileiro, natural de União-PI, RG 590.053-SJSP/PI, CPF 244.465.132-49, casado, lavrador, filo de Francisco Vaz dos Santos e de Maria Pires de Almeida Santos, residente e domiciliado na Rua 11 de junho, nº 1340, bairro São Sebastião, União-PI, sabendo ler e escrever n dia 28.05.2015, por volta das 15:00horas, para averbar e comunicar que a motocicleta citada na ocorrência é de propriedade do averbante e comunicante desde a data do acidente. Faz este registro a fim de produzir seus efeitos legais. O referido é verdade e dou fé.

**DELEGACIA DE POLÍCIA, em UNIÃO/PI, 14 de maio de 2015.**

*Henri Sales dos Nôres*  
Henri Sales dos Nôres  
Delegado de Polícia  
Matrícula: 638051

