

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: 20/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JARDEL HOLANDA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02558

CONTA: 00000050264-4

Nr. da Autenticação E50F2BE505612606

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170375010
Vítima: JARDEL HOLANDA LIMA

Cidade: Chorozinho
Data do acidente: 14/09/2015

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2017

Valoração do IML: 6,25

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de joelho esquerdo

Resultados terapêuticos: Resolução incompleta após o término do tratamento, com evidência de limitação funcional insusceptível a terapêutica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional em movimento do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: Dano leve em joelho esquerdo

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2017

Carta n°: 11373741

A/C: JARDEL HOLANDA LIMA

Sinistro: 3170375010 ASL-0250175/17
Vitima: JARDEL HOLANDA LIMA
Data Acidente: 14/09/2015
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: JARDEL HOLANDA LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002558

Conta: 0000050264-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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



Registro N.º 688643 / 2017

Digitacão: 12/06/2017 (FRANCISCO.NETO)
Livre: 2145 Página:136

Enviar para DELEGACIA MUNICIPAL DE CHORÓZINHO

EXAME SEGURO DPVAT

Em 12 de junho de 2017, nesta cidade de Fortaleza, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Fortaleza, por Dr. Renato Evando Moreira Filho, foi designado o perito:

FRANCISCO AUGUSTO NETO

- CRM - Nº. 5519

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGUNDO DPVAT) em:

JARDEL HOLANDA LIMA

a fim de ser atendida a requisição de nº 65 / 2017, emitida pelo (a) **DELEGACIA MUNICIPAL DE CHORÓZINHO** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 13:10 hs de 12/06/2017 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Periciando refere ocorrência de trânsito no dia 14/09/2015. Exibiu laudo médico do IJF-Centro assinado pelo médico de CRM 4127 em que informa: "data atendimento: 14/09/2015. Motivo: trauma joelho esquerdo e fratura exposta de patela + trauma no antebraço esquerdo com fratura de ulna". Exibiu registro de atendimento do Hospital PSA assinado pelo médico de CRM 3113 em que informa: "deu entrada neste Hospital no dia 24/09/2015 com laudo médico de fratura de patela esquerda. Submetido a tratamento cirúrgico. Encontra-se de alta médica definitiva". Ao exame: 1)Cicatriz em L invertido no joelho esquerdo. 2)Limitação leve na flexão do joelho esquerdo. 3)Movimentos dos membros superiores livres.

RESPOSTA DOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

Sim;

SEGUNDO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6.194/74.

Apresenta sequelas anátomo-funcionais quantificadas em 25% do valor do joelho esquerdo e em 6,25% para o valor geral do corpo.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

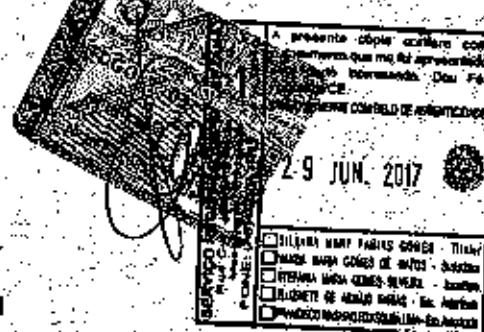
FRANCISCO AUGUSTO.NETO
CRM - Nº. 5519

LAUDO DE AUTENTICIDADE
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHORÓZINHO

AA 163360

SINCOPE

29 JUN 2017



29 JUN. 2017

<input type="checkbox"/> SILENTIA MARCHA SILENTIA - Titular
<input type="checkbox"/> MARCHA MARCHA COROS DE AUTOS - Titular
<input type="checkbox"/> PESSOA MARCHA COROS SILENTIA - Titular
<input type="checkbox"/> ALARME DE ALARME MARCHA - Titular
<input type="checkbox"/> ALARME MARCHA COROS SILENTIA - Titular

12/6/2017 16:41

1 de 1



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota



LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5334733

NOME: JARDEL HOLANDA LIMA

DATA DE NASCIMENTO: 21/09/1973

PAI: FRANCISCO JORGE LIMA

MÃE: MARIA DE FATIMA HOLANDA LIMA

DATA DE ATENDIMENTO: 14/09/2015

DATA DE SAÍDA: 24/09/2015

MOTIVO: PACIENTE POLITRAUMATIZADO, COM TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO E FRATURA EXPOSTA DE PATELA + TRAUMA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, COM FRATURA DE URNA ESQUERDA.

FEITO LIMPEZA CIRÚRGICA DO JOELHO + TENORRÁFIA DO TENDÃO PATELAR (HOUVE PERDA DE VARIOS FRAGMENTOS DA PATELA), NÃO HÁ REGISTRO DE PROCEDIMENTO RELATIVO AO ANTEBRAÇO.

LAUDO DIGITADO EM 11/01/2016(FRED/C)"

Dr. Frederico (esq) Góes
CRM 41275/AM/ - UF

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/BE**



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 - CEP 60170-002 - Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 - 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

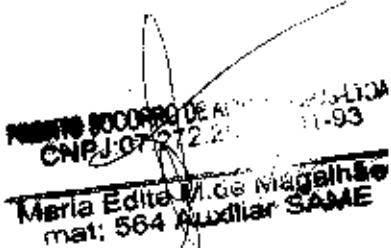
Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que JARDEI HOLANDA LIMA deu entrada neste Hospital no dia 24/09/15, Prontuário N.º 158.079 aos cuidados médicos do DR JOSE NEWTON MACEDO, internado com laudo médico de FRATURA DA PATELA ESQUERDA CID S 82.1 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 01/10/15. Paciente encontra-se em alta médica definitiva. Paciente realizou patelectomia total.

Fortaleza, 12 de junho de 2017.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

EDITE MAGALHÃES
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO





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

Boletim da Ocorrência

00017

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 443 - 345 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 01/04/2016 15:41:26

Data / Hora da Ocorrência : 14/09/2015 07:30:00

Endereço da Ocorrência: BR BR 116 KM 61

BR 116 KM 61 CHOROZINHO /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JARDEL HOLANDA LIMA

Nascimento : 21/09/1973

RG: 92006010115 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 51805804391

Filiação: FRANCISCO JORGE LIMA

MARIA DE FATIMA HOLANDA LIMA

Endereço: R B 185

CONJUNTO BANDEIRANTES

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: 32742410



Dados do(s) Veículo(s)

TIPO: CAMINHAO MARCA: VW/8.150 E DELIVERY PLUS

PLACA: OCF9913 MUNICÍPIO / UF: FORTALEZA / CE

MODELO/FABRICAÇÃO: 2011/2011 COR: BRANCA

RENAVAM: 332060403 CHASSI: 9533A52P3BR139647

SITUAÇÃO: NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: MTL TRANSPORTES E LOGISTICA LTDA ME

ENVOLVIMENTO: COLISAO

SINCOR/CE

29 JUN 2017

Dados do(s) Veículo(s)

TIPO: AUTOMÓVEL MARCA: VW/CROSSFOX GH

PLACA: ORV9627 MUNICÍPIO / UF: FORTALEZA / CE

MODELO/FABRICAÇÃO: 2014/2014 COR: AZUL

RENAVAM: 998510432 CHASSI: 9BWAB45Z0E4132100

SITUAÇÃO: NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: JOSE MILTON F DE HOLANDA

ENVOLVIMENTO: COLISAO

Histórico

Informa o noticiante que no dia 14 de setembro de dois mil e quinze por volta das sete e meia, estava conduzindo o veículo CROSSFOX AZUL,PLACA ORV 9627,RENAVAM 998510432,CHASSI 9BWAB45Z0E4132100,veiculo registrado no nome do senhor JOSE MILTON F. DE HOLANDA(CPF:116.238.293-72):Que o noticiante afirma que não lembra como aconteceu a batida,pois ficou desacordado no momento do acidente:Que o noticiante foi informado pelo relatório da Policia Rodoviária Federal que o veiculo dele colidiu com um caminhão NEOBUS TBOY BRANCO,PLACA OCF-9913,RENAVAM 00332060403,CHASSI 9533A52P3BR139647,veiculo registrado no nome da empresa MTL TRANSPORTES E LOGÍSTICA LTDA ME(CNPJ:73.316.630/0001-43):Que o noticiante foi socorrido pela ambulância de PLACA ORT-6451 do SAMU do município do Eusébio que chegou ao local, uma hora após a ligação do Policial

DELEGACIA MUNICIPAL DE CHOROZINHO

x Jardel Holando Lima

Impresso em: 01/04/2016 04:42:23

Pág: 1 de 1
Delegacia de Chorozinho
Matrícula: 13380-1-0



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 443 - 345 / 2016

Rodoviário FRANCISCO LEONARDO COSTA: Que o noticiante foi levado ao hospital IJF e ficou dez dias internado, e foi encaminhado para uma cirurgia no joelho: Que o noticiante foi atendido pelo medico JOSE NEWTON MACEDO (CRM. 3113): Nada mais disse, encerro o presente Boletim. XXXXXXXXXXXX

Noticiante(s)

Nome : JARDEL HOLANDA LIMA

Endereço : R B 185

Bairro : CONJUNTO BANDEIRANTES

Município/UF : FORTALEZA CE BRASIL Telefone: 32742410

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CHOROZINHO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Vivianne D. Fraga

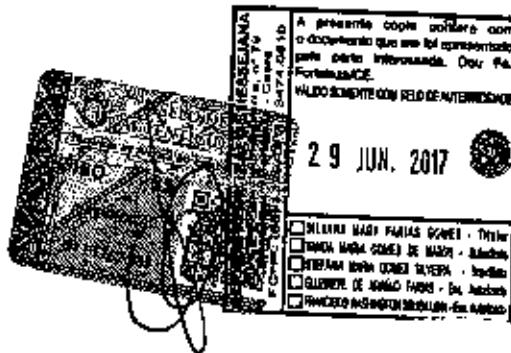
VIVIANNE DUARTE FRAGA - MAT.: 30045211

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Jardel Holanda Lima

VISTO DO DELEGADO(A) : Leiliane M. Wenzel

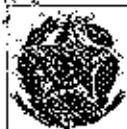
LEILIANE MARIA WENZEL - MAT.: 133840-1-0

Delegada: 133840-1-0
Matrícula: 133840-1-0



SINCORCE

29 JUN 2017



DETALHES DA OCORRÊNCIA			
PRF: 1518367 - FRANCISCO LEONARDO COSTA	Data/Hora do Acidente (hora local): 14/09/2015 07:30	BR: 116	KM: 61,0
Município/UF: CHOROZINHO/CE	Tipo de Acidente: Colisão frontal Sentido da Via: Crescente		
Fase do dia: Pleno dia	Condições da Pista: Seca	Restrições de Visibilidade: Inexistente	
Sinalização existente: Horizontal	Sinalização luminosa: Inexistente	Condição meteorológica: Céu Claro	
Houve danos ao patrimônio da União? Não	Data e horário da solicitação:		
Houve solicitação de perícia? Não	Data e horário do:		
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não	Data e horário do:		

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDICIONAMENTO DA PISTAS

Uso do Solo: Rural Tipo de Localidade: Não edificada

Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 1,8

Possui defensa? Não existe Possui mato-flo? Não existe Possui sarjeta? Conservada

Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de Inclinação:

Obstáculo ao Cruzamento: Não informado Estado de Conservação do Obstáculo:

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Livre

Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Qtd. de Falhas: 02

Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Tragado: Reta Curva Vertical: Superelevação: Não

Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7,2 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRIPTIVO DA CONDIÇÃO DA RODÔVIA:

*SINCRONIZADO
29 JUN 2017*

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/02/2016 15:06:02

NÚMERO DE CONTROLE: 894b804b8e5bbef4

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83394819
Comunicação: C1936559
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

Local Parcialmente Desfeito

LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Caminhão
- Tombamento
- Incêndio
- Local da colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Franagem
- Veículo Ausente
- Reboque/Semi-reboque
- Trângulo de Amarrágio
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinagem ou Derrapagem
- Depois da Colisão

Fortaleza/CE → Russas/CE

Latitude do Ponto C: Longitude do Ponto C:

Referência do Ponto A/A: Referência do Ponto B:

Distância AB (m): Distância AC (m): Distância BC (m):

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

De acordo com os levantamentos do local e relatos dos envolvidos, o V1 (CROSSFOX ORV9627) seguia no sentido decrescente quando colidiu de frente com o V2 (VW B-150, OCF9913) que seguia no sentido crescente da BR156. Após a colisão o V2 tombou e o V1 rodou, ambos parando sobre a pista de rotação.

Placa: ORV-9627	Seqüencial: V1	Descrição: VW/crossfox	Chassi: 98WAB45Z0E4132100	Renavam: 00998510432
Marca/Modelo: VW/CROSSFOX	Cor: AZUL	Ano: 2014	Tipo: Automóvel	Emplacamento: FORTALEZA/CE
Ocupantes: 2	Especie: Passageiro	Categoria: Particular		
Proprietário: JOSE MILTON F DE HOLANDA	CPF/CNPJ: 116.238.293-72			
Endereço: RUA B 00185 CASA				CEP: 60 840-386
Município/UF:	Telefones:			

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1:	Placa U2:	Placa U3:	Placa U4:
Origem: RUSSAS/CE - BRASIL	Destino: FORTALEZA/CE - BRASIL		

DETALHAMENTO DO ACIDENTE

Manobra do Veículo no Acidente: Contramão	Saída de Pista? Não	Derrapagem? Sim	Capotagem? Não	Tombamento? Não
---	---------------------	-----------------	----------------	-----------------

Colisão com Objeto Fixo: Não Houve	Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo	Incêndio? Não
------------------------------------	---	---------------

Marcas de Franagem (m): 0,0	Estado dos Pneus: Bom	
-----------------------------	-----------------------	--

Descrição do Recolhimento:	
----------------------------	--

Carregamento:	Houve Derramamento de Carga? Não	Extensão dos Danos:	Moeda:	Real-R\$
---------------	----------------------------------	---------------------	--------	----------

Valor Total da Carga:	R\$0,00	Produto Perigoso:		
-----------------------	---------	-------------------	--	--

Descrição da Carga:	
---------------------	--

Tipo de Receptor:	Data/Hora da Recepção (hora local):	Motivo:
-------------------	-------------------------------------	---------

Responsável pela Recepção:	
----------------------------	--

Documento do Responsável:	
---------------------------	--

Município/UF:	Descrição do Encaminhamento:
---------------	------------------------------

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:	26/02/2016 15:06:02
NÚMERO DE CONTROLE:	894b804b6a5bbef

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal
 Sistema de Informações Operacionais
 BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83394819
 Comunicação: C1936559
 * STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DETALHES DO VÉHICULO

Placa: DCF-9913 | Sequencial: V2 | Descrição: | Chassi: 9533A52P9BR139647 | Renavam: 00332060403
 Marca/Modelo: VW/150 NEOBUS TBOY | Cor: BRANCA | Ano: 2011 | Tipo: Caminhão | Emplacamento: FORTALEZA/CE
 Ocupantes: 3 | Espécie: | Categoria: |
 Proprietário: MTL TRANSPORTES E LOGÍSTICA LTDA ME | CPF/CNPJ: 73.816.630/0001-49
 Endereço: RUA VICENTE SPINDOLA 00169 | CEP: 60.420-210
 Município/UF: | Telefones: |

COMBINAÇÃO DE VÉHICULO DE CARGA

Placa U1: | Placa U2: | Placa U3: | Placa U4: |
 Origem: BRASIL | Destino: BRASIL

DETALHES DO ACIDENTE

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo | Saída de Pista? Não | Derrapagem? Não | Capotagem? Não | Tombamento? Sim
 Colisão com Objeto Fixo: Não Houve | Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo | Incêndio? Não
 Marcas de Frenagem (m): 0,0 | Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

Carregamento: Carregado | Houve Derramamento de Carga? Não | Extensão dos Danos: Ilesa | Moeda: Real-R\$
 Valor Total da Carga: R\$0,00 | Produto Perigoso: |

Descrição da Carga: Número do Conhecimento 32658, NFe: 43150892724517000141550010001813501522674531

Tipo de Receptor: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: |
 Responsável pela Recepção: |
 Documento do Responsável: |
 Município/UF: | Descrição do Encaminhamento: |

DETALHES DO ACIDENTADO

Veículo: V: ORV-9627 VW/crossfox
 Nome/Apelido: jardel holanda lima
 Data de Nascimento: 21/09/1973 | Sexo: Masculino | Estado Civil: Casado
 Nome do Pai: francisco lorgo lima
 Nome da Mãe: maria de fatima holanda lima
 Endereço: | CEP: |
 Município/UF: | Telefones: 32742410 | Grau de Instrução: Mídia
 Naturalidade: FORTALEZA/CE | Nacionalidade: BRASIL | Ocupação Principal: ELETRICISTA DE INSTALAÇÕES
 CPF: 518.058.043-91 | Documento de Identificação: 92006010115 | Órgão Expedidor: ssp /CE
 Origem: RUSSAS/CE - BRASIL | Destino: FORTALEZA/CE - BRASIL
 Estado Físico: Lesões Graves | Socorrido pela PRF? Não | Usava Cinto? Sim | Usava Capacete? Não Aplicável
 Existe Declaração em Anexo? Não | Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado
 Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilidado? Sim | Categoria CNH: B | Registro CNH: 02081761512/CE | Primeira Habilidação: 02/06/1997
 Validade CNH: 09/03/2017 | País CNH: | Dono? Sim | Km Percorridos: 80,0 | Horas Dirigindo: 00:01

Pertences: | com o filho |

Informações Complementares: | com o filho, o mesmo teve TCE e fratura no braço esquerdo. |

DETALHES DO SAMU

Tipo de Receptor: SAMU | Responsável p/la Recepção: Enfermeira Nélia
 Documento do Responsável: 492061-1-1 | Data/Hora da Recepção (hora local): 14/09/2015 08:45
 Município/UF: FORTALEZA/CE | Motivo: Socorro

Descrição do: | A ambulância de placas ORT6451, do SAMU Eusébio, chegou 1:00h após a primeira ligação para o 192, exatamente às 08:45h. Após este primeiro atendimento, ficou esperando outra viatura do SAMU chegar para levar o paciente ao IJF, pois segundo os componentes da primeira ambulância, a responsabilidade por levar o acidentado seria do SAMU CHORÓZINHO. Resumindo, o acidentado saiu para o IJF após quase 1:40h após o acidente.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/02/2016 15:08:02
 NÚMERO DE CONTROLE: 894b804b6c5bbef



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal
 Sistema de Informações Operacionais
 BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83394819
 Comunicação: C1936559
 * STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR INVOLVIDO

Veículo: V210CF-8913
 Nome/Apelido: aldecierei ferreira da silva
 Data de Nascimento: 21/02/1967 Sexo: Masculino Estado Civil:
 Nome do Pai: aldeci rodrigues da silva
 Nome da Mãe: autonia pereira da silva
 Endereço: CEP:
 Município/UF: Telefones: 88203971 Grau de Instrução:
 Naturalidade: FORTALEZA/CE Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: MOTORISTA PROFISSIONAL
 CPF: 411.257.893-87 Documento de Identificação: 41125789387 Orgão Expedidor: ssp /CE
 Origem: FORTALEZA/CE - BRASIL Destino: JUAZEIRO DO NORTE/CE - BRASIL
 Estado Físico: Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Usava Capacete? Não Aplicável
 Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Não
 Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilidado? Sim Categoria CNH: AE Registro CNH: 09717070694/CE Primeira Habilitação: 30/10/1986
 Validade CNH: 27/07/2020 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: 62,0 Horas Dirigindo: 00:01

Pertences: com o mesmo
 Informações Complementares: Ileso

ENCARTE DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
 Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
 Município/UF: Motivo:

CONDUTOR INVOLVIDO
 Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V210CF-8913 /
 Nome/Apelido: arl marcos de oliveira gomes Sexo: Masculino Data de: 08/05/1990
 Nome do Pai: raimundo barbosa gomes
 Nome da Mãe: regina lucia de oliveira gomes
 Endereço: CEP:
 Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
 CPF: 051.988.513-96 Documento de Identificação: 2006009144870 Orgão Expedidor: ssp/CE Telefones:

Estado Civil: Grau de Instrução:
 Ocupação Principal: Origem: Destino:
 Estado Físico: Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Usava Capacete? Não Aplicável
 Existe Declaração em Anexo? Não
 Transcrição da Declaração:

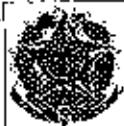
Pertences:

Informações Complementares:

ENCARTE DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
 Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
 Município/UF: Motivo:
 Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/02/2016 15:06:02
 NÚMERO DE CONTROLE: 894b604b6e5bbefaf



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83394819
Comunicação: C1936559
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V2/OCF-8913 /
Nome/Apelido: antonio adalison pinto **Sexo:** Masculino **Data de:** 03/12/1972
Nome do Pai: raimundo pinto da silva
Nome da Mãe: francisca das chagas da silva
Endereço: _____ **CEP:** _____
Município/UF: _____ **Naturalidade:** _____ **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 478.338.073-20 **Documento de Identificação:** 99002312492 **Orgão Expedidor:** ssp/CE **Telefones:** _____
Estado Civil: Não Informado **Grau de Instrução:** _____
Ocupação Principal: _____ **Origem:** _____ **Destino:** _____
Estado Físico: _____ **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Sim **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração: _____

Pertences: _____

Informações Complementares: _____

ENCARTEAMENTO DO ACIDENTE

Tipo de Receptor: _____ **Responsável pela Recepção:** _____
Documento do Responsável: _____ **Data/Hora da Recepção (hora local):** _____
Município/UF: _____ **Motivo:** _____
Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/02/2016 15:06:02
NÚMERO DE CONTROLE: 894b804b6e5bbef



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / VW/CROSSFOX	Placa: ORV-9627
Nome do Agente/Assinatura: FRANCISCO LEONARDO COSTA BELARMINO	Nº BOAT: 83394819
Registro/Matricula do Agente: 1516367	Data: 14/09/2015 07:30

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Teto	1	X			26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3	X			28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X	
4	Painel dianteiro	1	X			29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2	X			30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3	X			31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1	X			32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X			37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1	X			38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1	X			39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3	X			40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central esquerdo	3	X			41	Assoalho central direito	3		X	
17	Coluna central externa esquerda	1	X			42	Porta dianteira direita	1		X	
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3	X			43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
19	Porta traseira esquerda	1	X			44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X	
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X	
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X	
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
24	Tampa traseira	1		X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":	33			
25	Painel Traseiro / divisor	1		X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":	0			
							Total de pontos "SIM" + "NA":	33			

Item	Descrição do componente	SIM	NA	Item	Descrição do componente	SIM	NA
49	Air Bag Motorista	X		55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro	X		56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO		
Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo		
<input type="checkbox"/>	Dano de Pequena Monta:	até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
<input type="checkbox"/>	Dano de Média Monta:	de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
<input checked="" type="checkbox"/>	Dano de Grande Monta:	acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:						
Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM						
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO						
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.						

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:	26/02/2016 15:06:02	VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: http://www.dprf.gov.br
NÚMERO DE CONTROLE:	894b604b6c6bbef9	



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES TRATORES

Veículo: V2 / VW/8150 NEOBUS TBOY MIC	Placa: OCF-9913
Nome do Agente/Assinatura: FRANCISCO LEONARDO COSTA BELARMINO	Nº BOAT: 83394819
Registro/Matrícula do Agente: 1516367	Data: 14/09/2015 07:30

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias externas sem afetar: coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assento.	P	X		
2	Camionete com avarias externas na estrutura, sem afetar o compartimento de carga.	P	X		
3	Avarias em para-brisas(s) (dianteiro ou traseiro), porta-estope, para-choque dianteiro ou peris laterais do chassi (se houver)	P	X		
4	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assento.	M		X	
5	Carregadeira com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de unifor da base da carregadeira com o chassi.	M	X		
6	Para-choque traseiro danificado.	M		X	
7	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
8	Avaria em qualquer um dos eixos.	M	X		
9	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M		X	
10	Chassi com deformação torsional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
11	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
12	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
13	Chassi com deformação torsional maior que a altura da longarina.	G		X	
14	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
15	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas.	G		X	
16	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
17	Chassi afetado termicamente na região da suspensão.	M		X	
18	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

P: Item que individualmente implica em Dano de Pequena Monta

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Monta.

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta

Item	Descrição do componente	Sim	Não
19	Rodas/pneus		X
20	Pára-brisas		X
21	Vidros laterais/bracelinos		X
22	Revolvadores externos (direito e/ou esquerdo)		X
23	Faróis		X
24	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
25	Carenagens		X
26	Lentes (vidros)		X

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

Dano de Pequena Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria P

Dano de Média Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M

Dano de Grande Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

"Dano de pequena monta" é o menos grave e "dano de grande monta" é o de maior gravidade

A classificação do dano do veículo terá a mesma classificação do item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/02/2016 15:06:02

NÚMERO DE CONTROLE: 894b804b6e5bbefca



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA:

83394819

Comunicação:

C1936559

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:**

Encerrada

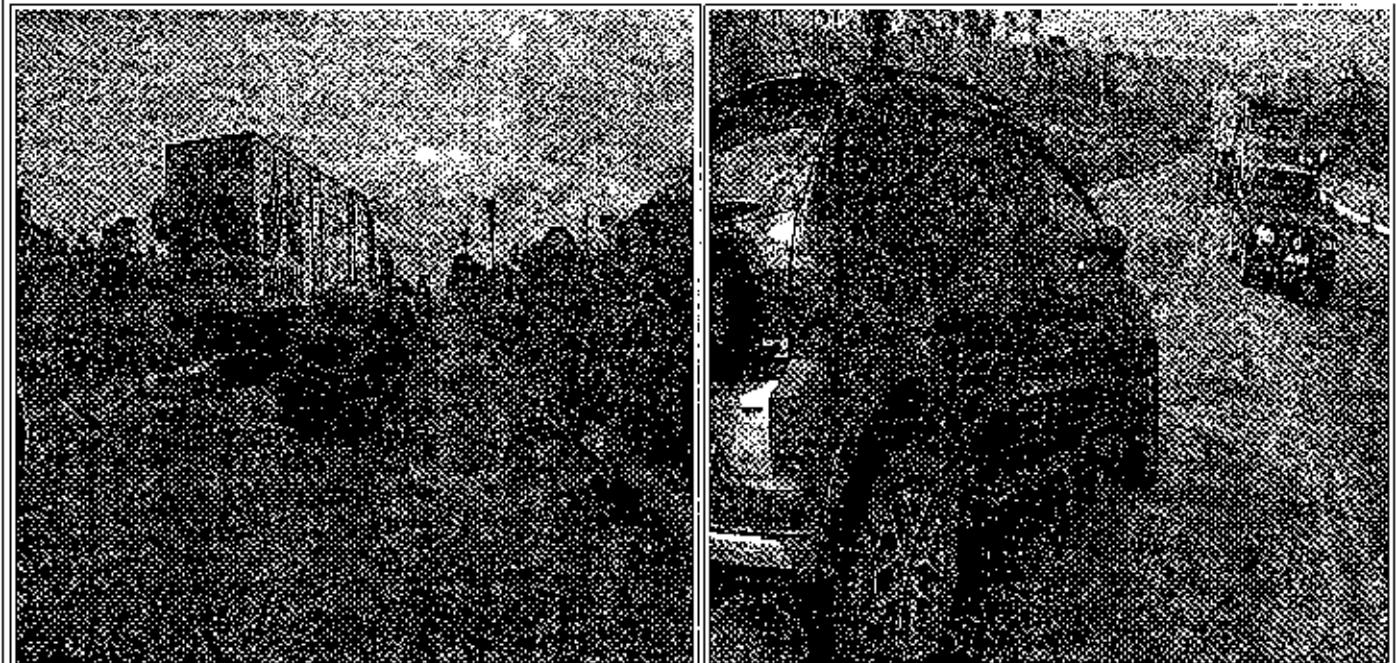
RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / VW/CROSSFOX	Placa: ORV-9627
Nome do Agente/Assinatura: FRANCISCO LEONARDO COSTA BELARMINO	Nº BOAT: 83394819
Registro/Matricula do Agente: 1516367	Data: 14/09/2015 07:30



Frente

Traseira



Lateral Esquerda

Lateral Direita

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/02/2016 15:06:02

NÚMERO DE CONTROLE: 894b804b6e5bbef8



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES

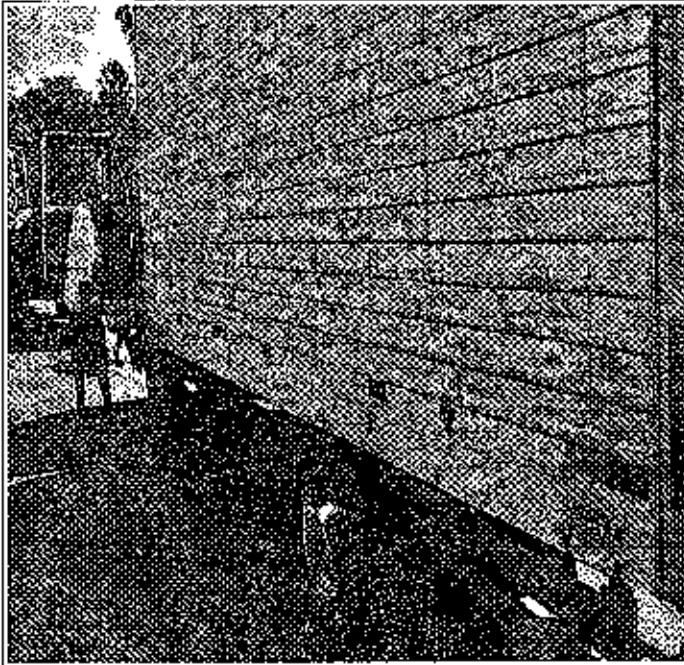
Veículo: V2 / VW/8150 NEOBUS TBOY MIC	Placa: OCF-9913
Nome do Agente/Assinatura: FRANCISCO LEONARDO COSTA BELARMINO	Nº BOAT: 83394819
Registro/Matricula do Agente: 1516367	Data: 14/09/2015 07:30



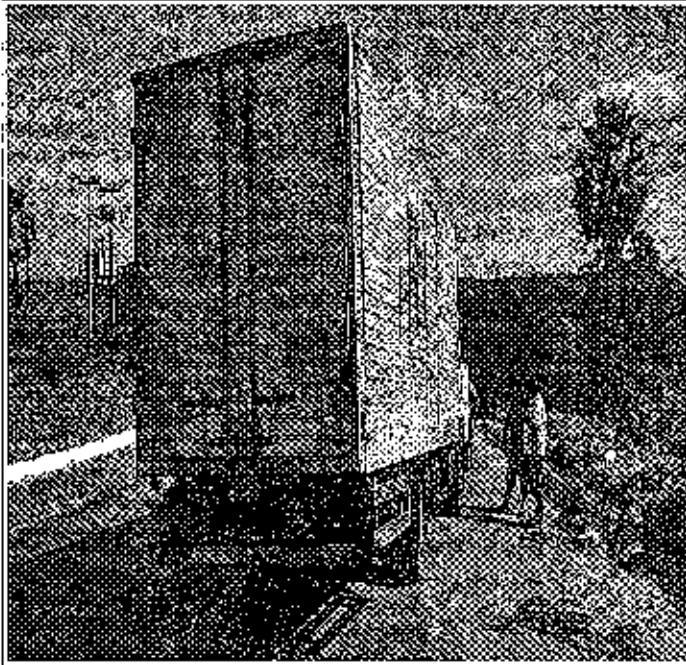
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/02/2016 15:06:02
NÚMERO DE CONTROLE: B94b804b6e5bbef9

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Milton F. de Holanda

Desempate de propriedade do veículo

RG nº 92006010115, data de expedição / / ,
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 116.238.293-72, com
domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA B, - MESSEJANA, nº 153,
complemento Res. BANDEIR., declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JARDEL HOLANDA LIMA, cujo o condutor era

Veículo: AUTOMÓVEL VOLKSWAGEN

Modelo: Crossfox GT

Ano: 2014

Placa: GRY-9623

Placa: JKV-1001

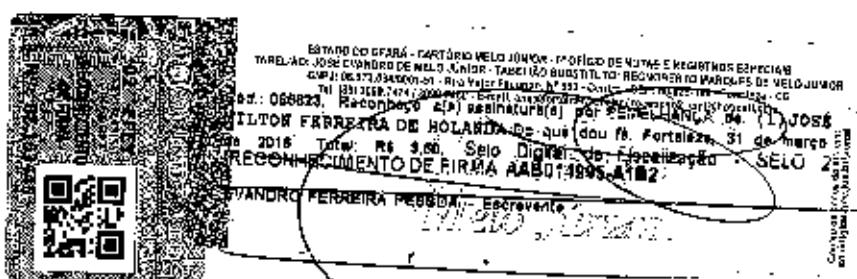
Data do Acidente: 14/04/2015

Local e Data: Fortaleza, 21/03/2016.

 Lélio Milt  Fábio de Paula

2. yodel Hollandia Lima

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



SINCORCE

79 JUN 2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRABALHO CATIF/INTERNAZIONAL/INTERNAZIONAL	
INTER. HOLANDA-LIMA	
DOCUMENTO DE REGISTRO DESEJOS/DESEJOS - BEE	
511.78314026 01/07/2013	
TIPO: PROFESSOR JORGE ALBERTO	
PAÍS DE ORIGEM: HOLANDA-LIMA	
TIPO DE VISTO: ESTADOUNIDENSE	
VALIDADE: 02/07/2013	
CONCEPÇÃO: ESTUDOS	
ESTADO DE ORIGEM: ESTADOUNIDENSE	
TIPO DE VISTO: ESTADOUNIDENSE	
VALIDADE: 02/07/2013	
TIPO: ESTADOUNIDENSE	
VALIDADE: 08/07/2013	
TIPO: ESTADOUNIDENSE	
VALIDADE: 08/07/2013	

SMORICE
29 JUN 2017

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	92006010115	DATA DE EXPEDIÇÃO	01/12/2014
NOOME	JAROEL HOLANDA LIMA		
RESIDÊNCIA	FRANCISCO JORGE LIMA		
MARIA DE FÁTIMA HOLANDA LIMA		NATURALIDADE	QUITANDA - CE
		DATA DE NASCIMENTO	
		21/09/1973	
DOC. CRUCEM CERT. NASCIMENTO CAPTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:0001112 FOLHA: 044 LIVRO:000055 QUITANDA - CE			
CPF 51805804391			
2 VIA	Assinatura do Diretor		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI INF 7.115 DE 29/06/83			





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

513.058.643-9

TARDE, FOLHANO LIMA

21705-137

Cartão de usuário do extranetável
Deve ser apresentado juntamente com um documento de identidade

 BANCO DO BRASIL



Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Registro de Atendimento
Emergencial

Emittido em: 23/02/2016 14:33:37
Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 14/09/2015 10:20:36	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 701094812967298	NOME: JARDEL HOLANDA LIMA			Registro: 5334733	
CPF: 61805804391	RG: 92006010115	D. NASC: 21/09/1973	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA DE FATIMA HOLANDA LIMA		NOME DO PAI: FRANCISCO JORGE LIMA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDERECO DO PACIENTE: B	NR: 185	BAIRRO: MESSEJANA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 32742440	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60840386	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: Samu urb 20 s/ emerson		PARENTESCO:	TELEFONE: 32742440		
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	OBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MÓTIIVO DE ATENDIMENTO:	Acidente com automóvel / microônibus (incidente de carro). Despente de um auto insuflado em acidente de transporte sem colisão. Inclu: capotamento, queda				
QUEIXAS: Pancada na cabeça e fratura exposta de M16 e fratura fechada da M26					
OBSERVAÇÕES: dor e desconforto					
SINAIS VITais					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					

SERVIÇO DE ATENDIMENTO - SAMU
FAX: 192-0000-0000
PELO SISTEMA E-SMS
DATA 23/02/2016
MATRÍCULA 13826
EDUARDO MOREIRA
SERVIDOR(A)

SINCORCE
29 JUN 2017

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, Jardel Halanda Lima

PORTADOR(A) DO RG Nº 98006010415

EXPEDIDO POR SSP/CE

EM 01/12/2014

CPF 018058043-91, CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Eletricista
 E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jardel Halanda Lima, 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 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.



29 JUN 2017

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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2558 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 50264-4

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.

Fortaleza, 29 de junho de 2017
 LOCAL E DATA

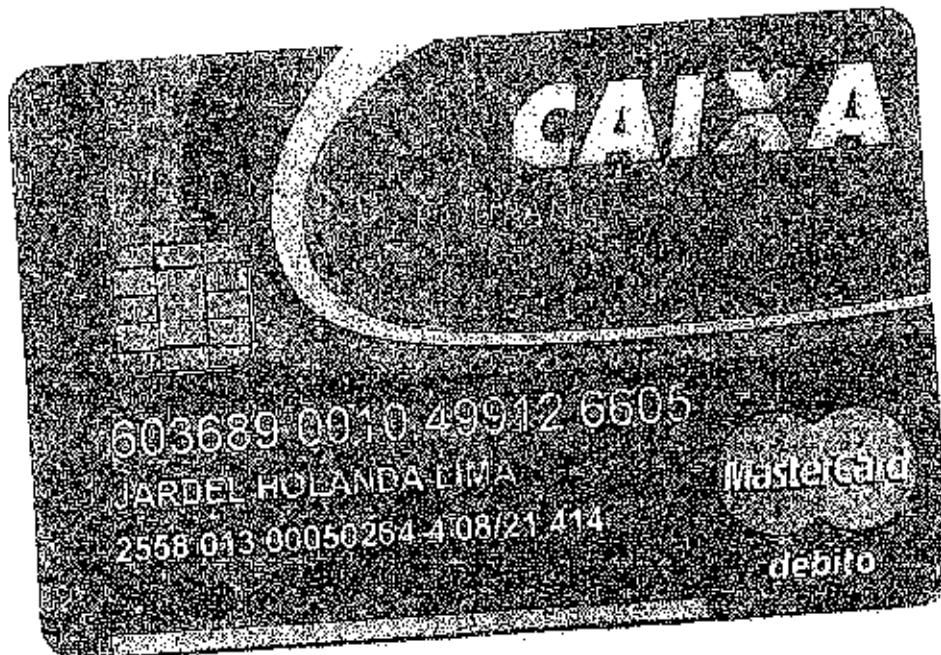
Jardel Halanda Lima
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SINCOR/CE
29 JUN 2017