

**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 DE SALES DOS SANTOS ABRANTES** Sinistro: **2014407437** Data: **05/04/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **MARIA MARQUES DE SOUSA, 26 - CENTRO - Sousa - PB - CEP 58808-110**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **1133869**

Data local do exame: [ **29/12/2014** ] Icó [ **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 do quinto quirodáctilo direito e ferida cortocontusa no supercílio direito. Presença de paralisia em extensão do quinto quirodáctilo direito e diminuição da força de preensão palmar direita.**

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.  
**Periciando com fratura do quinto quirodáctilo direito e ferida cortocontusa no supercílio direito, tratado cirurgicamente com limpeza e sutura Paciente teve alta definitiva em 08/2014.**

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 quinto quirodáctilo direito.**

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

(  ) "Sem sequela permanente" (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):  
**Quinto quirodáctilo direito**

% 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

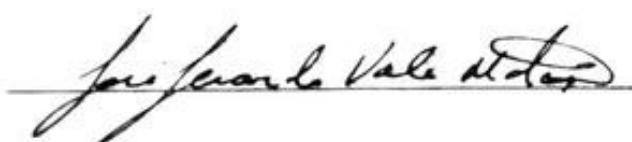
Região Corporal (Sequela):

% 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.



José Gerardo Vale Matos - CRM: 3216 - CE



Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2014

Carta n°: 4835666

A/C: FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

Sinistro: 2014407437  
Vitima: FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES  
Data Acidente: 05/04/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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 DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

Valor: R\$

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000032812-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Perda funcional completa de uma das mãos, em grau médio = 35,00%	R\$ 4.725,00
Total avaliado:	R\$ 4.725,00
Valor de Multa / Juros:	R\$ 0,00

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





Seguradora Líder · DPVAT

---

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5913413

A/C: FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

**Sinistro:** 2014407437  
**Vítima:** FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES  
**Data Acidente:** 05/04/2014  
**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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





---

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6029978

A/C: FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

**Sinistro:** 2014407437  
**Vitima:** FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES  
**Data Acidente:** 05/04/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Prezado(a) Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

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**





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, Francisco de Sales dos Santos Alvarante  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 17 33869 EXPEDIDO POR SSP EM 02/5/02 E  
 CPF 50084186004-25 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO não informada  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo. 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.

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*100403!



26 MAIO 2014

! 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](http://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 \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_

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 ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA 0558 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 32872-6

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

SousaDATA 30/04/14R.

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Francisco de Sales dos Santos Alvarante

## ! 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.

# **PEDIDO DE REVISÃO DE PROCESSO**

**SOUSA/PB, 14 DE NOVEMBRO DE 2014.**

**A Seguradora Líder do Consórcio DPVAT.**

Eu, FRANCISCO DE SALES DÓS SANTOS ABRANTES, Sinistro nº2014/407437, brasileiro, portador do CPF: 518.418.604-25, residente na Rua Maria Marques de Sousa, nº26, Centro, Sousa/PB, venho respeitosamente à presença de vossa senhoria:

Para solicitar os bons préstimos de Vossa Senhoria, que, em consideração às lesões por mim sofridas, descritas no sinistro informado, conforme perícia médica realizada neste signatário a qual, os valores pagos não foram condizentes com as sequelas em mim apresentadas;

OUTROS



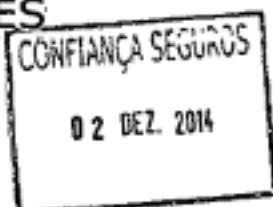
Visto que os citados percentuais pagos não condizem com a tabela vigente, e estão em total desacordo com as lesões sofridas, as quais podem ser comprovadas através de cópia de laudo médico em anexo informando e comprovando o agravamento das sequelas sofridas por este signatário; Considerando que cabe recurso judicial para tal, optando este por uma maneira mais viável e amigável para ambas as partes,

Pelo exposto acima, solicito-lhe que seja feita uma REVISÃO em meu processo e que me encaminhe, caso seja necessário para uma nova perícia onde, de fato, poderei definitivamente comprovar as minhas sequelas, objetivando receber corretamente o valor da indenização devida.

*Francisco de Sales Santos Abrantes*

Solicitante

FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES  
CPF:518.418.604-25





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.

*Françisco de Sales dos Santos Alcantar*

PORTADOR(A) DO RG Nº 17 33869 EXPEDIDO POR SSP EM 02/5/02 E  
 CPF 500840186004-25 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO informante  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo 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.

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*100403:



26 MAIO 2014

! 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](http://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 \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) + CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_
- 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 ITAÚ  
 BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) + CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
 BANCO 104 • AGÊNCIA 0558 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) + CONTA-POUPANÇA 32872-6

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

*Sousa*DATA 30/04/14*R.*ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) *Françisco de Sales dos Santos p/ V/V*

## ! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

# CAIXA

AUTO-ATENDIMENTO - ag.sousa

DATA: 21/05/2014

HORA: 14:57:15

TERMINAL: 05581393

CONTROLE: 055813930279

AGÊNCIA: 0558 - SÓUSA

CONTA : 013,00,032,812-6

CLIENTE: FRANCISCO DE SALES D S ABRANTES

## SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

### SALDOS DE POUPANÇA POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
10/05	50,00

RESUMO EM 20/05

SALDO	50,00
-------	-------

A CAIXA DÁ QUITAÇÃO ÀS TARIFAS C/C E  
POUP LANÇADAS NO EXTRATO ANUAL DE  
TARIFAS/2013 EM CONFORMIDADE COM A LEI  
12.897/09.

"Pense antes de imprimir, conserve o meio  
ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 6101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONFIANÇA SEGUROS

26 MAIO 2014



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
19º SECCIONAL DE POLICIA CIVIL.  
2º DELEGACIA DISTRITAL ADJUNTA DE POLICIA CIVIL DE SOUSA/



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA. N° 0444/2014.

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 30/04/2014. - ÀS 10h24min.

COMUNICANTE: FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES, brasileira, casado, motorista, natural de Sousa/PB, com 57 anos de idade, RG 1.133.869 – 2ª via SSP/PB, CPF 518.418.604-25, filho de Francisco de Assis Abrantes e de Joana dos Santos Abrantes, residente na Rua. Maria Marques de Sousa, nº 26-Centro-Sousa/PB.

HISTÓRICO: Afirma que no dia 05 de abril de 2014, por volta das 12h30min, conduzia uma motocicleta Honda/CG 125 FAN KS, ano/mod. 2013/2013, cor vermelha, placa OGC 5677/PB, chassi 9C2JC4110DR806919, licenciada em nome de Marilan Barbosa da Silva Freitas, pela rodovia estadual que liga Sousa/Uiraúna/PB, quando nas imediações do retorno que dar acesso a cidade de Lastro/PB, ao tentar desviar um buraco existente na pista de rolamento perdeu o controle de direção do veículo, chegando a cair na pista de rolamento. Que devido a queda teve corte contuso com indicação de sutura no supercílio direito, lacerção no dedo anelar e menor direito e dor na região do tórax, sendo socorrido por uma equipe do Samu, conduzindo o declarante para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu cuidados médicos. Afirma não ser habilitado para conduzir moto e que antes do acidente havia ingerido bebida alcoólica. Afirma, ainda, que o veículo que conduzia apesar de não está licenciado em seu nome lhe pertence. Nada mais a declarar, ciente o (a) declarante das implicações legais contidas no artigo 299, do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão, conforme o teor do seu registro.

Sousa/PB, 30 de abril de 2014.

AUTORIDADE POLICIAL: Patricia Fernandes Forny.

COMUNICANTE:

*Francisco de Sales dos Santos Abrantes*  
 Victor Cardoso Cavalcanti  
 Escrivão de POLICIA  
 ESCRIVÃO DE POLICIA  
 MAT. N° 168.444-2

CONFIANÇA SEGUROS

26 MAIS 2014

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco de Sales dos Santos Alerante

RG nº 1133869, data de expedição 02/05/02 Órgão SSP,

CPF nº 518418604 -25, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

CUMPROVANTE DE RESIDÊNCIA



"100404"

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Maria Marques de Souza</u>
Número	<u>26</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>b entro</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800 - 000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 81818197 / 9344-6560 / 9919-4307</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa, 30/04/174

Assinatura do Declarante Franisco de Sales dos Santos Alerante

CONFIANÇA SEGUROS

26 MAIO 2014

FRA  
- FRA  
- RUA MARIA MARQUES DE SOUSA 26 - CENTRO  
CEP 58800000 - SOUSA / PB (AG: 177)

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA / Monofásica  
Roteiro: 04-177-135-3760  
Nº do Medidor: 00000798106

Referência: MAR/2014  
Emissão: 12/03/2014

ENERGISA PARAÍBA - CEDIDA SUBSTÍTUIÇÃO DE CHAVES  
Br 238, Km 23 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58  
CNPJ 09.016.182 / 0001-40 - CNPJ 16.021

Nº Fiscal Conta de Energia  
Nº 000.440.998

Reservado ao FISCO

0800 035 3196

1447

Identificador para Débito Automático: 00000017079

**FCDE: CÓDIGO DO CONSUMIDOR**

5/17079

Canal de Contato:

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 20 de abril de 2002.  
- O início do sistema de bandeira tarifária foi adiado para o ano de 2015. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras amarela ou vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de FEVEREIRO vigorará a BANDEIRA VERMELHA, a qual implica R\$0,000 0,030 de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de tributos. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).

#### LIMITE DE APURADO

#### LIMITE DE TENSÃO (V)

IC MENSAL	8,5	0,12	NOMINAL	220
IC TRIMESTRAL	18,9		CONTRATADA	
C ANUAL	33,8		LIMITE INFERIOR	201
C MENSAL	4,1	1,00	LIMITE SUPERIOR	231
C TRIMESTRAL	8,2			
C ANUAL	16,5			
MIC	4,7	0,12		

IC: de horas que o cliente ficou sem energia. IC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMIC: duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. DIC/BI: Duração da Interrupção Individualizada em dia útil. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nestas unidades consumidor implicando compensação. É direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a apuração das indicações de qualidade.

#### Dados do Cliente

Conta referente a:

Apresentação:

MAR/2014

17/03/2014

RUA MARIA MARQUES DE SOUSA 26

SOUSA

CNPJ/CPF/RANI 8671150410

Data prevista da próxima leitura:

08/04/2014

#### Histórico de Consumo (kWh)

MES	CONSUMO (kWh)
FEV/2014	107
JAN/2014	132
DEZ/2013	125
NOV/2013	117
OUT/2013	108
SET/2013	108
AGO/2013	115
JUL/2013	110
JUN/2013	111
MAI/2013	109
ABR/2013	134
MAR/2013	136

MÉDIA DOS ÚLTIMOS MESES: 118,3000

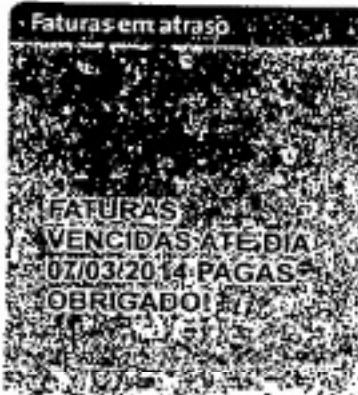
Composição do valor/total da sua conta

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGIA/SAPE	10,43	27,22
COMPRA DE ENERGIA	3,97	23,40
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	0,94	1,67
ENCARGOS SETORIAIS	1,27	3,31
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	17,02	44,40
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>-38,33</b>	<b>100,00</b>

- Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref 01/2014): R\$ 14,91

#### ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Bala Renda, tendo um desconto de R\$18,53, faturado na data de 02/03/2014.



#### Calculo de Consumo

PERIODO	VALOR	DATA
07/02/14 - 13392	11/03/14 13513	1 121

#### Descrição Detinutiva

Descrição	Quantidade	Preço/kWh	Valor (R\$)
Consumo em kWh	30 0,10454		3,1
Consumo em kWh	79 0,17921		13,2
Consumo em kWh	21 0,26382		5,5

#### IMPOSTOS / ENCARGOS

PIS	0,00
COFINS	0,00
JUROS DE MORO 02/2014	0,00
MULTA 02/2014	0,00
ICMS (Base do Cálculo R\$ 53,00   Aliquota 27,00%)	14,31

CONFIANÇA SEGUROS

26 MAIO 2014

AVENCIMENTO

24/03/2014

TOTAL A PAGAR

R\$ 38,33





SUS

ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE

## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CONSULTA BÁSICA (PAB);  
CONSULTA ESPECIALIZADA;

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS): CNPJ/CPP 08.778.268/0027-08  
CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476  
NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL G. DE ABRAHANTES  
ENDERECO: Rua José Facundo de Lira, 439 CEP: 58.802-180  
MUNICÍPIO: Sousa

ESTADO: Paraíba UF 25

PACIENTE: J. A. C. V. R. S. C. - 11.01.01.01.01.01  
NOME: J. A. C. V. R. S. C. IDADE: 36 DATA DE NASCIMENTO: 21/06/1975  
SEXO: M PROFISSÃO: funcionário  
DOCUMENTO: RG 133.869 END: Av. Manoel G. de Abrahantes  
MUNICÍPIO: Sousa UF: PB CEP: 58.802-180  
DATA DO ATENDIMENTO: 05/05/2014 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 04 1630

ANAMSESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Indumenta: Calça e Camisa. Bem higiênica.

apresentava dor no abdômen. dor abdominal.

Exames realizados na unidade:  
Exame de sangue: hemograma.

RESULTADOS

Exames realizados na unidade:  
Exame de sangue: hemograma.

## MEDICAÇÃO

## ENCAMINHAMENTO

- 01 - PRESCRITA  OBSERVAÇÃO  RESIDÊNCIA  INTERNO  
 02 - APLICADA  OUTRO HOSPITAL  ÓPTICO  OUTRO

CONFIANÇA SEGUROS  
6 MAIO 2014

- SERVICOS REALIZADOS:  
exames:    
consultas:    
procedimentos:    
outros:

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): Carmo CRM: 08894

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

DU PELLEGRINI

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Carmo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carmo

DIAGNÓSTICO: CID:

histórico clínico: os sintomas o tratamento que teve

**SUS**

ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

INFÂNCIA SEGUROS  
26 MAIO 2014

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:  
NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAB);  
CONSULTA ESPECIALIZADA:

*Guadalupe Gómez Suturo /  
Dustílio*

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
UNIDADE PRESTADORA DE SERVICO (UPS): CNPJ/CPF: 08 778.268/0027-08  
CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476 NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL G. DE ABRAHANTES  
ENDERECO: Rua José Facundo de Lira, 433 CEP: 58.302-100  
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: Paraíba UF: 25

PACIENTE: **J. N. Gómez** Género: **Feminino** Idade: **06** DATA DE NASCIMENTO: **21/05/57**  
SEXO: **M** PROFISSÃO: **Mototaxista**  
DOCUMENTO: **RG 133.861** MUNICÍPIO: **Guadalupe** UF: **PI** CEP: **58.302-100**  
END: **Rua Manoel Gómez** MUNICÍPIO: **Guadalupe** UF: **PI** CEP: **58.302-100**  
MUNICÍPIO: **Guadalupe** CÓDIGO DO MUNICÍPIO: **2631620**  
DATA DO ATENDIMENTO: **26/05/14**

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

#### MEDICAÇÃO

- 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA;
- 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
- 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
- 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
- 06 - VACINAÇÃO DE CAMPAHNA;
- 07 - VACINAÇÃO DE CAMPAHNA;
- 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

#### ENCAMINHAMENTO

- 01 - PRESCRITA
- 02 - APLICADA
- OUTRO HOSPITAL
- RESIDÊNCIA
- ÓBITO
- OUTRO
- INTERNO

#### SERVÍCIOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO

CBQ

IDADE

1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - Câmbio: **Medico** CRM: **PE 8884**

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

ou PÓLEGAS DIRETO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Câmbio:

ou PÓLEGAS DIRETO

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

ou PÓLEGAS DIRETO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Câmbio:

ou PÓLEGAS DIRETO

PACIENTE: FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

Nº: 63456

REQUISITANTE: PAULO ARTHUR ALMEIDA BASTOS

DATA: 05/04/2014

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO

#### TÉCNICA:

Exame realizado no plano axial, com cortes de 4,0mm de espessura na fossa posterior, e 6,0mm de espessura na região supratentorial, sem a administração do produto de contraste endovenoso.

#### RELATÓRIO:

1. Aumento de partes moles na região frontal bilateral, periorbitária e malar direita. Enfisema subcutâneo regional.
2. Descontinuidade da cortical óssea da parede posterior do seio maxilar direito.
3. Calcificação redonda, isolada, no córtex frontal direito.
4. Aspecto anatômico dos sulcos entre os giros corticais, fissuras Sylvianas e cisternas da base.
5. Sistema ventricular apresenta morfologia, dimensões e coeficiente de atenuação normais.
6. Ausência de coleções extra-axiais.
7. Não há evidência de desvio da linha média.
8. Material com atenuação de líquido espesso ou partes moles preenchendo parcialmente as células etmoidais e seio maxilar direito.

#### Conclusão:

- Edema de partes moles periorbitário e malar à direita.
- Edema/hematoma subgaleal frontal bilateral.
- Fratura da parede posterior do seio maxilar direito.
- Calcificação intraparenquimatosa frontal direita.
- Hemossinus ou sinusopatia.

SOUSA-PB, 05 de abril de 2014

CONFIANÇA SEGUROS

26 MAIO 2014

Dr(a). MARCELLI CARTAXO NEVES  
Medico(a) Radiologista  
CRM Nº 6089

Obs.: As informações contidas nesse resultado, representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



Centro de Imagem Dr. Péricles Neves - R. Getúlio Vargas, 21 Centro - Sousa-PB - Fax: 83.3522.2766 - periclesneves@wlink.com.br

Dr. José Péricles Rodrigues Neves - Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia nº 2917 - CRM 1933 PB

Dra. Marcelli Cartaxo Neves - CRM 6089 PB

Tel: 83 3522.1900



DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

\*10040



## LAUDO MÉDICO

### FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

do(a) C.E.P. n° 1.133.869 - 2º Vl. - SSP/PB, residente e desmobilizado na Rua Maria Marques de Sousa, n.º 26, Centro, Sousa/PB, falec. vítima de queda enquanto pilotava uma motocicleta nas proximidades da rodovia estadual que liga Sousa/Henrique/PB no dia 05 de abril de 2014.

Apresenta politraumatismo, com TCE e fratura do 2º e 3º quildacílio, resquícios e traumas dos intercostais direita.

Cida: 10/114

Tratamento: realizado tratamento conservador.

Sequela: apresenta disfunção do campo visual no olho direito, dor nos arcos intercostais exigindo 02 e 3º quildacílios direitos.

Apresenta incapacidade para exercer atividades que dependem da área afetada.

### ACTA DEFINITIVA

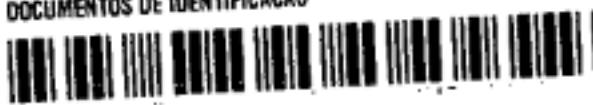
Fornalha, 14 de junho de 2014

  
FRANCISCO XAVERIO PEREIRA DE LUCIA

CRM 3229/CPP; 112.949.633/00

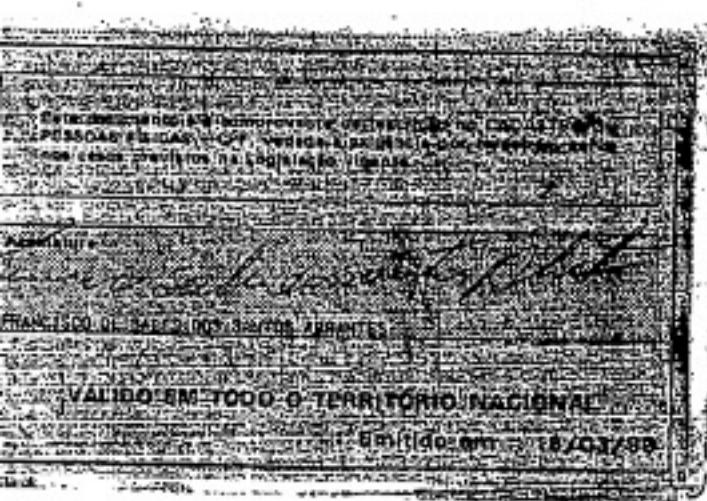
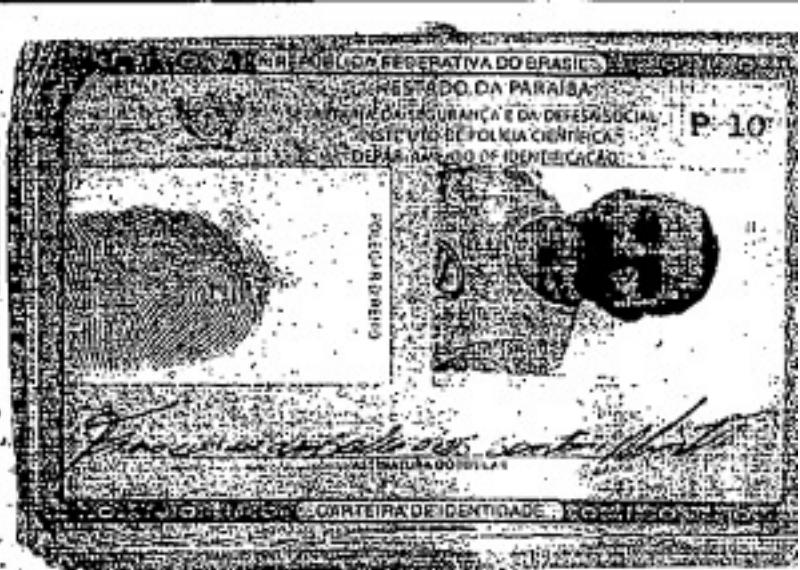
**DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO**

\*1004034

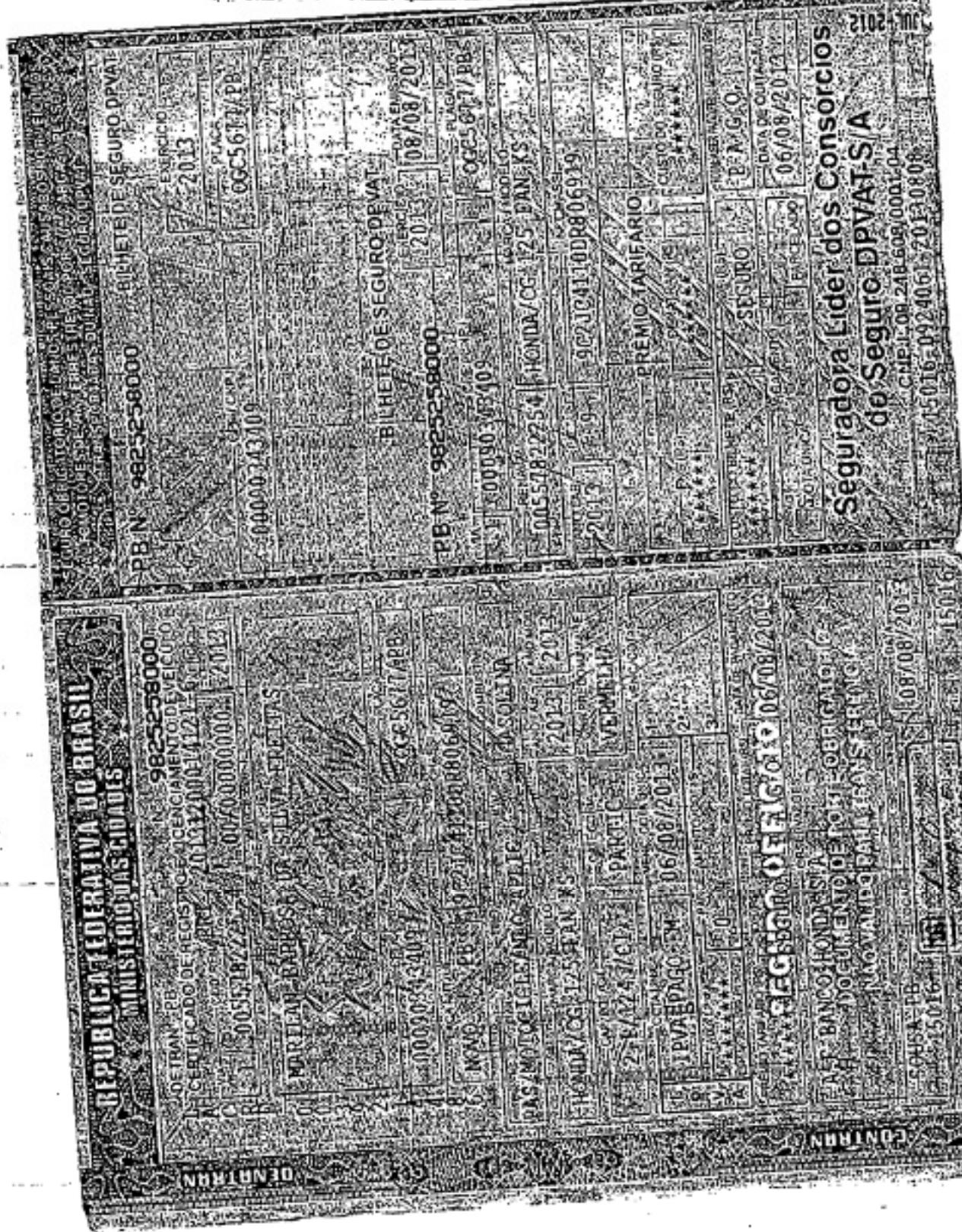


**CONFIANÇA SEGUROS**

25 MAIO 2014



CONFIANÇA SEGUROS  
26 MAIO 2014



**CONFIANÇA SEGUROS**

26 MAIO 2014

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco de Sales dos Santos, <sup>A declarante</sup> portador da carteira de identidade nº 1133869 e inscrito no CPF/MF sob o nº 518418604-25 residente e domiciliado na R<sup>a</sup> Maria Marques de Souza, 26, Cidade Souza, Estado PB, 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 prová 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 Lider 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.

OUTROS  
1004054



Francisco de Sales dos Santos

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Sousa, 30/04/14

Local e data

CONFIANÇA SEGUROS

26 MAIO 2014

**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 DE SALES DOS SANTOS ABRANTES** Sinistro: **2014407437** Data: **05/04/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **MARIA MARQUES DE SOUSA, 26 - CENTRO - Sousa - PB - CEP 58808-110**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **133869**

Data local do exame: [ **20/06/2014** ] **Cajazeiras** [ **PB** ]

**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)  
**Trauma de face com fratura malar e do maxilar direito e ferida corto contusa da mão direita. Presença de paralisia em extensão do quinto quirodáctilo da mão direita. Presença de diminuição da força de preensão palmar direita. Queixas de distúrbio do comportamento, do sono, episódios de cefaleia.**

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.

**Tratado cirurgicamente com limpeza e sutura de ferimento em supercílio direito e face palmar do quinto quirodáctilo da mão direita. Paciente teve alta definitiva em 14/01/2014.**

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 da mão direita.**

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

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente

decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de

amerização 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):

**MÃO DIREITA**

% 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

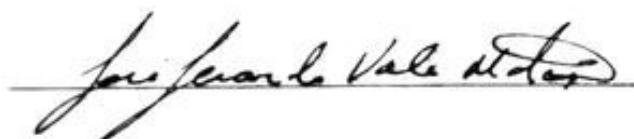
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 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.



José Gerardo Vale Matos - CRM: 3216 - CE



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.

**Franisco de Sales dos Santos Alcantara**  
**EU,** PORTADOR(A) DO RG N° **7733869** EXPEDIDO POR **SSP** EM **/ /** E  
**CPF 518418609-25** /CNPJ **00000000000000000000** PROFISSÃO **meu emprego**  
**E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00** (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
**SEGURO DPVAT DA VÍTIMA** **o mesmo**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
**DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.**

(\*) A Circular Susep nº 443/2012, 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 025 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](http://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 **\_\_\_\_\_** AGENCIA **\_\_\_\_\_** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE **\_\_\_\_\_**

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
 BANCO 237 • AGENCIA **\_\_\_\_\_** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA **\_\_\_\_\_**

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
 BANCO 001 • AGENCIA **\_\_\_\_\_** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA **\_\_\_\_\_**

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
 BANCO 341 • AGENCIA **\_\_\_\_\_** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA **\_\_\_\_\_**

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
 BANCO 104 • AGENCIA **050** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA **32872-6**

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

LOCAL **Sousa**DATA **27/07/14****R**

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

**Franisco de Sales dos Santos Alcantara**

! 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.



AUTO-ATENDIMENTO - ag.Sousa  
DATA: 21/05/2014 HORA: 14:57:15  
TERMINAL: 05581393 CONTROLE: 055813930279

AGÊNCIA: 0558 - SOUSA  
CONTA : 013.00.032.812-6  
CLIENTE: FRANCISCO DE SALES D S ABRANTES

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS DE POUPANÇA POR DATA LIMITE  
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012  
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
16/05	50,00

RESUMO EM 20/05	VALOR
SALDO	50,00

A CAIXA DA QUITAÇÃO AS TARIFAS C/C E  
POUP LANÇADAS NO EXTRATO ANUAL DE  
TARIFAS/2013 EM CONFORMIDADE COM A LEI  
12.007/09.

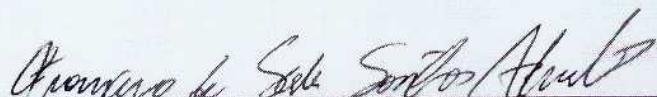
"Pense antes de imprimir, conserve o meio  
ambiente! Consulte o saldo em tela!"

- Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0101
- Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

## DECLARAÇÃO

Eu FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES  
Sinistro: **2014407437** portador de CPF:  
518.418.604-25, residente na Rua Maria Marques  
de Sousa, 26 Centro Sousa-PB, Declaro para os  
devidos fins que si fizerem necessários que já  
compareci a agência da Caixa Econômica desta  
cidade, afim de regularizar minha conta bancária  
com a finalidade de poder receber o seguro DPVAT,  
mencionado no sinistro acima numerado, de forma  
que minha conta já se encontra normalizada. O  
referido é verdade.

---

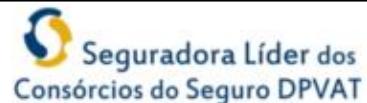


FRANCISCO SALES DOS SANTOS ABRANTES

CPF: 518.418.604-25

SOUSA-PB 22/07/14

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014407437      **Cidade:** Sousa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 05/04/2014      **Seguradora:** CONFIANÇA CIA DE SEGUROS  
ABRANTES

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do quinto quirodáctilo direito e ferida cortocontusa no supercílio direito.

**Descrição do exame médico pericial:** Presença de paralisia em extensão do quinto quirodáctilo direito e diminuição da força de preensão palmar direita.

**Resultados terapêuticos:** Periciando com fratura do quinto quirodáctilo direito e ferida cortocontusa no supercílio direito, tratado cirurgicamente com limpeza e sutura. Paciente teve alta definitiva em 08/2014.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do quinto quirodáctilo direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/12/2014

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:**

**Médico examinador:** Jos Gerardo Vale Matos

**CRM do médico:** 3216

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** BISMARCK HEITMANN

**CRM do médico:** 52.18488-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



### DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2014407437	<b>Cidade:</b> Sousa	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES	<b>Data do acidente:</b> 05/04/2014	<b>Emissor do parecer:</b> Jose Teofilo Saraiva
<b>Seguradora:</b> CONFIANÇA CIA DE SEGUROS	<b>Prestadora:</b> AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT	<b>CRM do médico:</b> 325042

### PARECER

**Data da análise:** 13/06/2014

**Valorização do IML:** 0,00

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMAS EM FACE

**Resultados terapêuticos:** DEBILIDADE

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** TRAUMA CRANIO-FACIAL 10%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** TEO

**UF do CRM do médico:** RJ

### DANOS

#### 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

#### % Dimensão Graduação

100	1	10
-----	---	----

**Valor avaliado:** 1.350,00

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014407437

**Cidade:** Sousa

**Natureza:** Invalidez

**Vítima:** FRANCISCO DE SALES  
DOS SANTOS ABRANTES

**Data do acidente:** 05/04/2014

**Emissor do parecer:** Igor da Silva Bonfim

**Seguradora:** CONFIANÇA CIA DE  
SEGUROS

**Prestadora:** ACE Gestão de  
Saúde Ltda.

**CRM do médico:** 3216

### PARECER

**Diagnóstico:** Trauma de face com fratura malar e do maxilar direito e ferida corto contusa da mão direita.

**Descrição do exame médico pericial:** Presença de paralisia em extensão do quinto quirodáctilo da mão direita. Presença de diminuição da força de preensão palmar direita. Queixas de distúrbio do comportamento, do sono, episódios de cefaleia.

**Resultados terapêuticos:** Tratado cirurgicamente com limpeza e sutura de ferimento em supercílio direito e face palmar do quinto quirodáctilo da mão direita. Paciente teve alta definitiva em 14/01/2014.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional da mão direita.

**Sequelas :** Com sequela

**Data da perícia:** 20/06/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** José Gerardo Vale Matos

**UF do CRM do médico:** CE

### DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Perda funcional completa de uma das mãos	70	1	50

**Valor avaliado:** 4.725,00

# 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:

30/07/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

4.725,00

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

CLIENTE: FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 00000032812-6

---

Nr. da Autenticação 266E595C4C421A10