

**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**] **Idó** [**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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
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

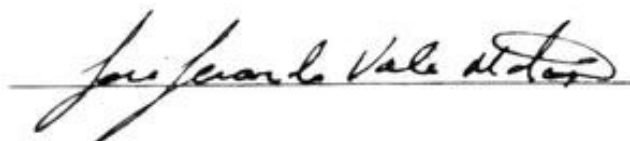
Região Corporal (Sequela):

% 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 nº: 4835666

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.: 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.

Atenciosamente,

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.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 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),

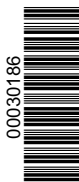
Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência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

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 Alerantes
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1733869 EXPEDIDO POR SSP EM 02/5/02 E
 CPF 578418604-25 / CNPJ 000000000-00000-00, 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);

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

Souza

DATA

30/04/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Francisco de Sales dos Santos Alerantes

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.

PEDIDO DE REVISÃO DE PROCESSO

SOUSA/PB, 14 DE NOVEMBRO DE 2014.

A Seguradora Líder do Consórcio DPVAT.

Eu, FRANCISCO DE SALES DOS 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

1004054

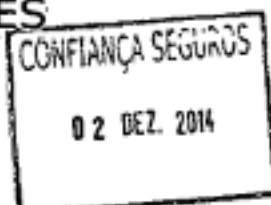


Visto que os citados percentuais pagos não condizem com a tabela vigente, e estão em total desacordo com as lesões sofridas, as quais podem ser comprovadas através de cópia de laudo médico em anexo informando e comprovando o agravamento das sequelas sofridas por este signatário; Considerando que cabe 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.


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.

EU, Francisco de Sales dos Santos Alerantes
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1733869 EXPEDIDO POR SSP EM 02/5/02 E
 CPF 578418604-25 /CNPI 000000000-00000000, 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

*1004031



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);

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

Souza

DATA

30/04/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Francisco de Sales dos Santos Alerantes

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.



AUTO-ATENDIMENTO - eg.souza

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 CONFERENCIA

SALDOS DE POUPANCA POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DATA	VALOR
18/05	50,00

RESUMO EM 20/05

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

A CAIXA DA QUITACAO 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 8101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONFIANÇA SEGUROS

26 MAIO 2014



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
19ª SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA DISTRITAL ADJUNTA DE POLÍCIA CIVIL DE SOUSA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA. Nº 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, laceração 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 médico. 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.

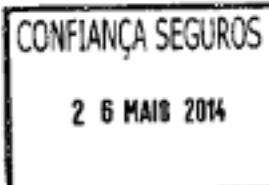
AUTORIDADE POLICIAL: Patrícia Fernandes Forny.

COMUNICANTE:

Francisco de Sales dos Santos Abrantes

Escrivão

Victor Cardoso Cavalcanti
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
MAT. Nº 168.444-2



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco de Sales dos Santos Abranches

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 RESIDENCIA

"1004040"

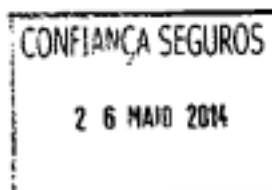


Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Maria Marques de Sousa</u>
Número	<u>26</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Souza</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 81818197 / 944-6560 / 9919-4307</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Souza, 30/04/14

Assinatura do Declarante Francisco de Sales dos Santos Abranches



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

Classe/Subcl.: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA / Monofásica

Roteiro: 04-177-135-3760

Nº do Medidor: 00000798106

Referência: MAR/2014

Emissão: 12/03/2014

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
Br 238, Km 28 - Centro Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Fone: 3316.1621

Nota Fiscal/Emissão de Energia

Nº 000.440.996

0800 085 0196

Reservado ao FISCO

Identificador para Débito Automático: 00000017079

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1707 9

Canal de Contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
- O início do sistema de bandeira tarifária foi adotado 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\$0,030 de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de tributos. Mais informações em www.aneel.gov.br.

8895 01 de 8e00 b9e5 2933 dd59 167a 74a5

LÍMITES DA ANEEL		APURADO	LÍMITE DE TENSÃO (V)
IC MENSAL	8,5	0,12	NOMINAL 220
IC TRIMESTRAL	18,9		CONTRATADA
IC ANUAL	33,8		LÍMITE INFERIOR 201
C MENSAL	4,1	1,00	LÍMITE SUPERIOR 231
C TRIMESTRAL	8,2		
C ANUAL	16,5		
DMC	4,7	0,12	

IC: de horas que o cliente ficou sem energia. FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMC: duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. DICA: Duração da interrupção individual ocorrida em dia típico. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicarão direito de compensação. É direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a apuração dos indicadores de qualidade.

Dados do Cliente

Conta referente a

Apresentação

FRANCISCO ASSIS DE ABRANTES

MAR/2014

17/03/2014

RUA MARIA MARQUES DE SOUSA 26

SOUSA

CNPJ/CPF/RAM 8571150410

Data prevista da próxima leitura

08/04/2014

Histórico de Consumo kWh

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

Faturas em atraso



Cálculo de Consumo

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO	PREÇO UNITÁRIO	VALOR
07/02/14	13392	11/03/14	13513	1 121

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço kWh	Valor (R\$)
Consumo em kWh	30 0.10454		3,14
Consumo em kWh	70 0.17921		12,54
Consumo em kWh	21 0.26382		5,54

IMPOSTOS / ENCARGOS

PIS	0,00
COPINS	1,00
JUROS DE MORA 02/2014	0,00
MULTA 02/2014	0,00
ICMS (Base de Cálculo R\$ 53,08 Alíquota 27,00%)	14,34

MÉDIA DOS ÚLTIMOS MESES: 118 kWh

Composição do valor total da sua conta

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGIA/SABE	10,43	27,22
COMPRA DE ENERGIA	8,97	23,40
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	0,84	1,67
ENCARGOS SETORIAIS	1,27	3,31
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	17,02	44,40
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	38,53	100,00

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

ATENÇÃO

- Sua unidade foi fabricada como Baixa Renda, tendo um desconto de 25%.

CONFIANÇA SEGUROS

26 MAIO 2014

VENCIMENTO

24/03/2014

TOTAL A PAGAR

R\$ 38,53

SUS



ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE DE SAÚDE: Unidade de Saúde
PRESTADORA DE SERVIÇO (UPSI): 2613476 CNPJ/CNP: 08.778.268/0027-03
A UNIDADE: 2613476
HOSPITAL/DEPUTADO MANOEL G. DE ABRANTES
O: Rua José Facundo de Lima, 433 CEP: 56.802-180 UF: PA
SOUSA ESTADO: Pará UF: PA

Francisco de Sales dos Santos Oliveira
IDADE: 36 DATA DE NASCIMENTO: 21/06/57
PROFISSÃO: motorista
Imônia Marques de Oliveira UF: PA CEP: 58009-70
ENDEREÇO: 23, 04, 11 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 851430

E EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

paciente em estado de saúde satisfatório, apresentando
sentimentos de cansaço e dor nas costas, sem alteração
na pele e na visão.

CONFIANÇA SEGUROS
26 MAIO 2014

EXATIDÃO NA UNIDADE: sim
Atividade realizada e tempo

RESULTADOS

MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

Atividade realizada: Sim (unidade) e em (unidade) / (unidade)
do ao (unidade) (unidade).

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PABR)

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

Carimelto / exames / exame /
Quarta / 04/05/2014 / 15:13

☐ 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 ELBÔQUEJO (SINTO) OU SITUAÇÕES RAS "OLHARES"

☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA

☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

☐ 01 - PRESCRITA

☐ 02 - OBSERVAÇÃO

☐ 03 - RESIDÊNCIA

☐ 04 - INTERIO

☐ 05 - APLICADA

☐ 06 - OUTRO HOSPITAL

☐ 07 - OUTRO

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO

CBO

CAGE

RESULTADOS

Médico

CRM: PS 8894

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - CARMOS

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARMOS

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARMOS



CONFIANÇA SEGUROS
26 MAIO 2014

1. The first part of the document is a title page. It contains the title of the document, the author's name, and the date of the document. The title is "The first part of the document is a title page. It contains the title of the document, the author's name, and the date of the document." The author's name is "The author's name is the name of the person who wrote the document." The date of the document is "The date of the document is the date when the document was written." The title page is the first page of the document and it contains the title, author's name, and date of the document.

SS. DO REVISOR TÉCNICO - Contador



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.





DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

*10040

**LAUDO MÉDICO****FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES** portador nº 193

do(a) C.E. de n.º E.I. 133.869 - 2ª Via - SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Maria Marques de Sousa, n.º 26, Centro, Sousa/PB. Idol. vítima de queda enquanto pilotava uma motocicleta nas proximidades da rodovia estadual que liga Sousa/Humana/PB no dia 05 de abril de 2014.

Apresenta politraumatismo com TCE e laceração do 4º e 5º quíliodactílos esquerdos e trauma dos intestinos direito.

Cid: 10 T14

Tratamento: realizado tratamento conservador.

Sequelas: apresenta diminuição do campo visual no olho direito, dor nos membros inferiores e rigidez do 4º e 5º quíliodactílos direitos.

Apresenta incapacidade para exercer atividades que dependam da área afetada.

ACTA DEFINITIVA

Formalizado 14 de junho de 2014


FRANCISCO SALES DOS SANTOS PEREIRA DE LUCENA

CRM 32290 CPF: 112.949.633-00

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION

100403

VALIDA EM TODOS
OS TERCEIROS NACIONAIS
750734014

CONFIANÇA SEGUROS

26 MAIO 2014

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIDADE

FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

ASSINATURA: FRANCISCO DE SALES ABRANTES

JOANA DOS SANTOS ABRANTES

NATURALIDADE: SOUSA, PB

CASAMEN: 4625 RESS, 9, DIX, 08

CARTÓRIO: SOUSA, PB

SITUAÇÃO: 5044

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIDADE

FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

ASSINATURA: FRANCISCO DE SALES ABRANTES

JOANA DOS SANTOS ABRANTES

NATURALIDADE: SOUSA, PB

CASAMEN: 4625 RESS, 9, DIX, 08

CARTÓRIO: SOUSA, PB

SITUAÇÃO: 5044

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIDADE

FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

ASSINATURA: FRANCISCO DE SALES ABRANTES

JOANA DOS SANTOS ABRANTES

NATURALIDADE: SOUSA, PB

CASAMEN: 4625 RESS, 9, DIX, 08

CARTÓRIO: SOUSA, PB

SITUAÇÃO: 5044

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

GRUPO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

CPF: 518418804-2

DATA DE NASCIMENTO: 27/08/87

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIDADE

FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

ASSINATURA: FRANCISCO DE SALES ABRANTES

JOANA DOS SANTOS ABRANTES

NATURALIDADE: SOUSA, PB

CASAMEN: 4625 RESS, 9, DIX, 08

CARTÓRIO: SOUSA, PB

SITUAÇÃO: 5044

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIDADE

FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

ASSINATURA: FRANCISCO DE SALES ABRANTES

JOANA DOS SANTOS ABRANTES

NATURALIDADE: SOUSA, PB

CASAMEN: 4625 RESS, 9, DIX, 08

CARTÓRIO: SOUSA, PB

SITUAÇÃO: 5044

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONFIANÇA SEGUROS

2-6 MAIO 2014



*1004030

[illegible]

CONFIANÇA SEGUROS

26 MAIO 2014

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco de Sales dos Santos Alcantar, portador da carteira de identidade nº 1133869 e inscrito no CPF/MF sob o nº 518418604-25, residente e domiciliado na R. Maria Marques de Sousa, 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 prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

OUTROS
1004054



Francisco de Sales dos Santos Alcantar

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Souza, 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

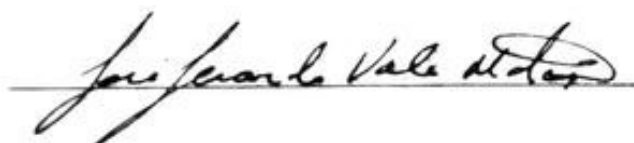
% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 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



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 Abranches SSP EM ____/____/____ E
PORTADOR(A) DO RG Nº 1733869 EXPEDIDO POR _____
CPF 578418609-25 / CNPJ _____ PROFISSÃO maio improprio
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.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

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

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

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

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

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ 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 ITAU
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 0550 (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 _____

DATA 27 07 14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) _____



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.



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

SALDO 50,00

A CAIXA DÁ 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

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 ABRANTES **Data do acidente:** 05/04/2014 **Seguradora:** CONFIANÇA CIA DE SEGUROS

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

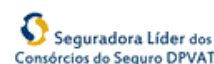
CRM do médico: 52.18488-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Data da análise: 13/06/2014**Valoração 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

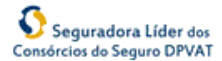
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital

% 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

Dano

Perda funcional completa de uma das mãos

% Dimensão Graduação

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: 000000032812-6

Nr. da Autenticação 266E595C4C421A10