



Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2015

Carta nº: 8084908

A/C: JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO

Sinistro: 3150896274
Vítima: JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO
Data Acidente: 03/07/2015
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, 25 de Novembro de 2015

Carta nº: 8204118

A/C: JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO

Sinistro:

3150896274

Vítima:

JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO

Data Acidente:

03/07/2015

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.

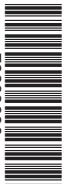
Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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.

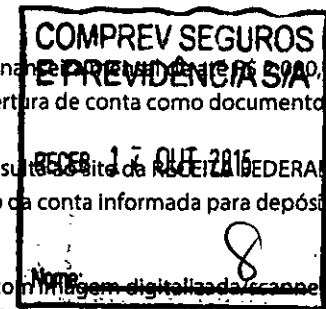
EU, José Rodrigues Vieira Neto
 PORTADOR(A) DO RG Nº 20.706.857 EXPEDIDO POR SSP-SP EM 26/03/86 E
 CPF 104435998-66 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Rodrigues Vieira Neto, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.700,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com **imagem digitalizada/cranee** colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 089 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 31.124-0.

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

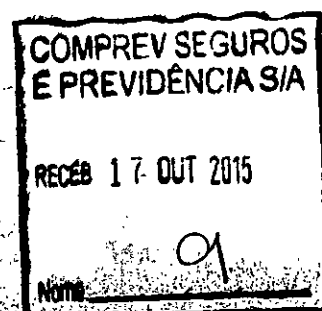
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Gratuito, 09 de Outubro de 2015 José Rodrigues Vieira
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Jose Rodrigues Vieira Neto
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Luiz Lopes Veras, 324 C
Venancios Crateús CE CEP: 63700-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 200706857
Data local do exame: [01/12/2015] Crateús [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)

FX DAS PERNAS DIREITA E ESQUERDA. LOCOMOÇÃO ATRAVÉS DE CADEIRA DE RODAS, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA FACE ANTERIOR DAS PERNAS DIREITA E ESQUERDA, EDEMA RESIDUAL DOS MMII, DOR ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DOS TORNOZELOS E PÉS DIREITO E ESQUERDO.

- 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.

QUADRO TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA. O PACIENTE FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÃO E ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

- 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.

DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DOS MMII, PELO EDEMA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DOS TORNOZELOS E PÉS DIREITO E ESQUERDO.

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):

Membro inferior - Lado Esquerdo

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

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior - Lado 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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


SaúdeSEG Andre de Oliveira Lasi
CRM 16506



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

fls. 109

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 5087 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO
Data / Hora da Comunicação: 03/10/2015 14:52:30
Data / Hora da Ocorrência : 03/07/2015 01:00:00
Endereço da Ocorrência: ROR BR 226

ZONA RURAL CRATEUS /CE

Ponto de Referência:



Histórico

INFORMA O REGISTRANTE QUE NO DIA E HORA MENCIONADOS ACIMA ESTAVA SEGUINDO A PE
PELA ESTRADA QUE LEVA A LOCALIDADE ADÃO - CRATEUS/CE EM DIREÇÃO À BR 226 CONDUZINDO
ALGUMAS RESES DE SUA PROPRIEDADE; QUE NESSE MOMENTO A MOTOCICLETA HONDA NXR 150
HROS 1S 2012/2012 COR PRETA PLACA OSG 0279 CRATEUS/CE RENAVAM 00497809915 EM NOME DE
ANTÔNIO FLÁVIO MELO FRANÇA CONDUZIDA POR OZEANA DE SOUSA FREITAS SAIU DA BR 226 E
ENTROU PELA ESTRADA QUE LEVA A LOCALIDADE DE ADÃO; QUE CORREU PARA COLOCAR AS
RESES PARA O ACOSTAMENTO DA ESTRADA QUANDO FOI ATINGIDO PELO REPERIDO VEÍCULO E
JOGADO AO CHÃO; QUE FOI SOCORRIDO POR ANTÔNIO FLÁVIO MELO FRANÇA E LEVADO AO
HOSPITAL SÃO CAMILO - CRATEUS/CE PARA QUE FOSSEM PRESTADOS OS PRIMEIROS SOCORROS
CONFORME O PRONTUÁRIO 000296 E ATENDIMENTO 0023 DATADO DE 03/07/2015 ÀS 12:50HS; QUE NÃO
MANIFESTOU O DESEJO DE REPRESENTAR CONTRA A CONDUTORA DO VEÍCULO CAUSADOR DO
ACIDENTE, OZEANA DE SOUSA FREITAS E NADA MAIS DISSER.////

Noticiante(s)

Nome : JOSÉ RODRIGUES VIEIRA NETO
Endereço : R LUIZ LOPES VERAS 324
Bairro : VENÂNCIOS
Município/UF : CRATEUS CE BRASIL

Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARCIO CRISTIANI SOARES SILVA - MAT.: 300065-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

José Rodrigues Vieira Neto

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

1º Testemunha *Diácono Valden S. Cavalcanti*
2º Testemunha *Ozeana de Sousa Freitas*

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 17 OUT 2015

Nome

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Pág. 1 de 1

Impressa em 03/10/2015 03:22

DOCUMENTO 2 *T2%*



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Rodrigues Vieira Neto, portador da carteira de identidade nº 20.706.857 expedida por SSP-SP em 26/03/86 e inscrito no CPF/MF sob o nº 104.435.998-66, residente e domiciliado na Rua Luiz Lopes Veiros, nº 324, Venonópolis, Cidade Crato, Estado Ceará, 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:

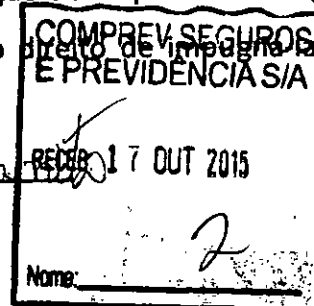
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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 indenização, caso discorde do seu conteúdo.

José Rodrigues Vieira Neto

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Crato 08 Outubro de 2015

Local e data

Cite declaratório
Guia de atendimento - EMERGENCIA



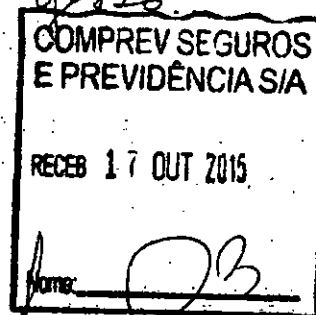
Prontuário: 000296 Atendimento: 0023
Paciente: JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO
RG: 20706857 Nascimento: 01/11/1964
Pai: PEDRO VIEIRA SOARES
Endereço: CAMPO ADAO, SN
Bairro: ZONA RURAL
Profissão: AGRICULTOR
Convênio: SUS
Cônjuge: ANTONIA ELIANE TEIXEIRA COSTA
Endereço: CAMPO ADAO, SN
Data Atendimento: 03/07/2015 Hora: 12:50 CID:
Médico: FRANCISCO ELANILDO MARTINS
Tipo Atendimento: CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente:
Observação:

CNS: 898004238050446 Local: CRATEUS/CE
Município: INDEPENDENCIA
Empresa:
Matrícula:
Responsável: JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO
Município: INDEPENDENCIA
Mãe: MARIA JOSE DE PAULO SOARES
Telefone: 88 94350988 CEP: 63640-000 UF: CE
Sexo: I Idade: 50 Anos
Est. Civil: Outro
UF: CE Sala:
CRM/UF: 6253/CE
Funcionário: ANTONIA CELIA SARAIVA DA SILVA
CPF do Responsável:

Peso: kg Altura (cm):
Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): 96 R (mpm): PA (mmHg): 130 x 80
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

HISTÓRICO
GRATIS

*relato de acidente a
motocicleta (su) a
ferimentos em MM II
a ferimento contuso em perna @
(R perna @) a sala de gesso
(R perna @)
curativo perna @*



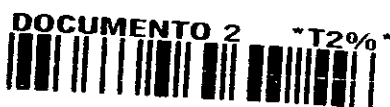
*Lab refuso de
internar*

DR. JUNIOR FERNANDES
MÉDICO PSF REALDO
CRM - CE 6029

FRANCISCO ELANILDO MARTINS CRM: 6253

Antonia Meiriane Reis
Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Rodrigues Vieira Neto

RG nº 20.706.857, data de expedição 26/03/86, Órgão JSP-SP

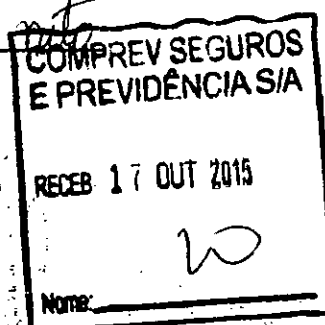
CPF nº 104.435.998-66, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Luiz Carlos Umas</u>
Número	<u>324</u>
Apto / Complemento	<u>—//—</u>
Bairro	<u>Venâncio</u>
Cidade	<u>Gratens</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.700.000</u>
Telefone de Contato	<u>(88)36923794 / (88) 9968-0286</u>
E-mail	<u>—//—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Gratens 09 de Outubro 2015

Assinatura do Declarante: Jose Rodrigues Vieira Neto



Nº DO CLIENTE

6633865-4

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 15 38000 01 370000 - 0 Data de Emissão 20/08/2015
Nome ANTONIA ANECI TELES RODRIGUES
End. Postal RU LUIZ LOPES VERAS 00324
VENANCIOS - CRATEUS - 63700000
Medidor 23871336 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 956762523-91 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Leitura
Ago/2015 20/08/2015 21/09/2015

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0458.C642.2978.E42C.2173.2B19.DF1A.DE04

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
6844	6758	1,00	86	0,00	30 56	0,17250 0,29571	5,17 16,56
20/08/15	21/07/15		38 DIAS				

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	21,73
MULTA MORATORIA REF 05/2015	0,33
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	2,12
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,04
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,54)	

VENCIMENTO

25/09/2015

TOTAL A PAGAR (R\$)

25,22

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	14,08
Transmissão	0,28
Distribuição	5,49
Encargos Setoriais	0,78
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	2,13
TOTAL	25,22

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

70	86	55	59	62	107	52	0	0	0	0	0
MEI	Jun	Jul	Ag	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.

Emitido kg(CO₂)

37,17

Compensado kg(CO₂)

0,00

Consciência Ecológica (% CO₂)

0%

informações importantes e avisos de vencimento

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 17 OUT 2015

Nome:

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por TIBERIO DE MELO CAVALCANTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/06/2018 às 09:58, sob o número WEB118103577030. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0169101-34.2016.8.06.0001 e código 38D53E7.

DOCUMENTO 4 *T4%*



Declaração do Proprietário do Veículo

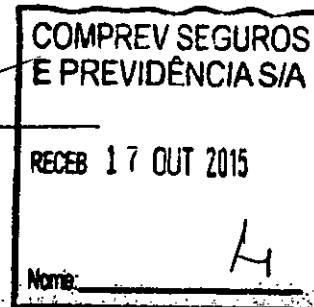
Eu, Antonio Flavio Melo Fronca, RG nº 03485242783,
data de expedição 28/03/1995 Órgão DETRAN-CE, portador do CPF nº
135.761.588-47, com domicílio na cidade de Crato, no
Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua 13
de Maio, nº 660, complemento Fátima I,
DECLARO, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha
propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Jose Rodrigues Vieira
Neto.

Veículo: Ano: 2012/2012
Modelo: HONDA/NXR ISO BROSSES
Placa: 03G0279/CE
Chassi: 9C2KDDSSDCR5777J1
Data do Acidente: 03/07/2015

Local e Data: Crato 08 Outubro de 2015



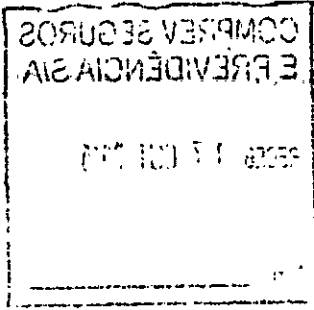
Antonio Flavio Melo Fronca
Assinatura do Declarante



Rua Coronel Lúcio, 569
Centro - Fone: 3691-6194
CRATEUS - CEARÁ

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade
Antonio Flavio Melo Fronca
Dou fé CRATEUS-CE
08 OUT. 2015
Em Teste da Verdade
☐ Belª Silvana Barreto Cavalcante
☐ Junior Pimentel Ferreira
☐ Soraya Barreto Cavalcante
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Nayana Correia Sampaio
Escritor Autorizada



Local e Data

Guia de atendimento - EMERGENCIA

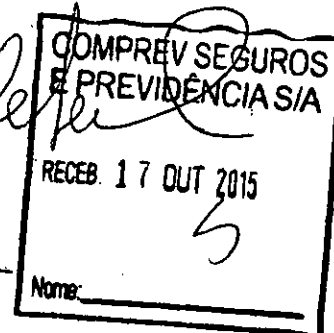
Prontuário: 000296 Atendimento: 0023
Paciente: JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO CNS: 898004238050446 Guia Aut:
RG: 20706857 Nascimento: 01/11/1964 Local: CRATEUS/CE Est. Civil: Outro Sexo: I
Pai: PEDRO VIEIRA SOARES Idade: 50 Anos
Endereço: CAMPO ADAO, SN Mãe: MARIA JOSE DE PAULO SOARES
Bairro: ZONA RURAL Telefone: 88 94350988 CEP: 63640-001 UF: CE
Profissão: AGRICULTOR Município: INDEPENDENCIA
Convênio: SUS Empresa: Matricula:
Cônjuge: ANTONIA ELIANE TEIXEIRA COSTA Responsável: JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO UF: CE
Endereço: CAMPO ADAO, SN Município: INDEPENDENCIA Sala:
Data Atendimento: 03/07/2015 Hora: 12:50 CID: CRM/UF: 6253/CE
Médico: FRANCISCO ELANILDO MARTINS Funcionário: ANTONIA CELIA SARAIVA DA SILVA
Tipo Atendimento: CONSULTA COM PROCEDIMENTO CPF do Responsável:
Indicador de Acidente: Observação: P (bpm): 96 R (mpm): PA (mmHg): 130 x 80
Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C):
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

relato de acidente a
motocicleta (su) a
a fratura em MM II
a fratura com fratura em perna
(a perna D) a sala de gesso...
(a perna E)
curativo perna E

Lab refuso de
internar

FRANCISCO ELANILDO MARTINS CRM: 6253

DR. JUNIOR FERNANDES
MÉDICO PSF REALJO
CRM - CE 6029



Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
104.435.998-66

Nome
JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO

Nascimento
01/11/1964

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

fls. 117

CÓDIGO DE CONTROLE
2708.F725.1A3F.35B5

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

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil

As 06:51:25 do dia 03/08/2011 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CPF 20.706.857

DATA DE EXPIRAÇÃO 26.Mar.86

NOME **José Rodrigues Vieira Neto**

SERVIÇO **Pedro Vieira Soares**

Maria José de Paulo Soares

NATURALIDADE **Cratêus -CE**

DATA DO NASCIMENTO **01.Nov.1964**

END. DE RES. **Cratêus-CE/ Cratêus**

CC/LV9 B-13/Fls 090/Nº 2.934

CPF

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.118/03

CARTÃO DE IDENTIDADE

JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO

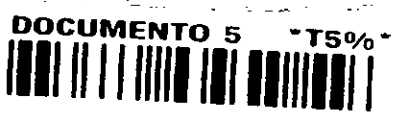
097-6

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBELTON DAUNT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 17 OUT 2015

6

Nome: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por TIBERIO DE MELO CAVALCANTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/06/2018 às 09:58:30, sob o número WEB118103577030. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0169101-34/2016-8.06.0001 e código 38D53E7.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 011200685371

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 00497809915 000000000001 2013

ANTONIO DE MELO FERREIRA

CRA TEUS /CE

13576158847

PLACA ANT 13576158847

PAS/MOTOCICLO ONDA 150 BROS ES

HONDA/NXR150 BROS ES

2P/OCV/149EC

1 2012 2012

PREMIO TARIFARIO (R\$) 1,11

SEGURO OBRIGATORIO

CRATEUS

19/11/2013

DATA

LOCAL



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011200685371 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VA 01 13576158847

RENAVAM 00497809915

01 13576158847

00497809915

2012 09

9C2KD0550CR577711

PREMIO TARIFARIO 1,11

129,04

4,15

SEGURO OBRIGATORIO

CRATEUS

01461

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

011200685371
RECIBO CE Nº

ASSINATURA

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 17 OUT 2015

Nome



01461
0560279
00497809915



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3450896274

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, JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO
 PORTADOR(A) DO RG Nº 20.706.857 EXPEDIDO POR SSP - SP EM 26/03/18
 CPF 104435008-66 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO ABECUADOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados.

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, Inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido ou escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0747 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 40.678-7

Op. 013

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

Ceará - PE, 17 de DEZEMBRO de 2015
 LOCAL E DATA

Jose Rodrigues Vieira Neto
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por TIBERIO DE MELO CAVALCANTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/06/2018 às 09:58, sob o número WEB118103577030. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0169101-34.2016.8.06.0000 e código 38D53E7.

Início ▶ Transferências ▶ Transferência ▶ Entre Contas Caixa

Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV

 HORÁRIOS E LIMITES

01 02 CONFIRMAÇÃO

Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta, selecione **CONFIRMAR** e aguarde o comprovante.

Conta origem:	0747 / 001 . 00022481-2
Conta destino:	0747 / 013 . 00040678-7
Agência destino:	CRATEUS
Nome destinatário:	JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO
Valor:	50,00

Digite sua assinatura eletrônica para efetuar a operação.

Assinatura Eletrônica:



RETORNAR

LIMPAR

CONFIRMAR

Suporte Tecnológico CAIXA
3004 1104 (Capital e regiões
metropolitanas) ou 0800 726 0104
(Demais regiões)

Segurança | Rede de Atendimento | Ajuda | Termos e Contratos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150896274 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO **Data do acidente:** 03/07/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA (BAM INCONCLUSIVO)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150896274 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO **Data do acidente:** 03/07/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DAS PERNAS DIREITA E ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: LOCOMOÇÃO ATRAVÉS DE CADEIRA DE RODAS, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA FACE ANTERIOR DAS PERNAS DIREITA E ESQUERDA, EDEMA RESIDUAL DOS MMII, DOR ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DOS TORNOZELOS E PÉS DIREITO E ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA. O PACIENTE FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUI SEM COMPLICAÇÃO E ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DOS MMII, PELO EDEMA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DOS TORNOZELOS E PÉS DIREITO E ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/12/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: ANDRE LEAL

CRM do médico: 16566

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	70%	R\$ 9.450,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



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: 28/12/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.450,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000040678-7

Nr. da Autenticação B7C61A258292852B