

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2015

Carta n°: 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](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, 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](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**





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 NetoPORTADOR(A) DO RG N° 20.706.857EXPEDIDO POR SSP-SPEM 26/03/186 E

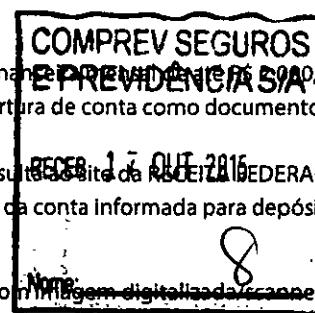
CPF 104435998-66 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Agente de Transporte  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Rodrigues Vieira Neto, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 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 de R\$ 100,00;
- 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 no site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/caneta 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) 019 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 31.324-0.

## 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.

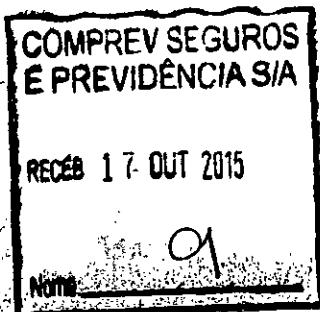
Brasília, 09 de Outubro de 2015, X José Rodrigues Vieira

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](http://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

"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):

**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



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

*A/10*  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 5087 / 2015.**

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: 08/10/2015 14:52:30  
 Data / Hora da Ocorrência : 03/07/2015 11:00:00  
 Endereço da Ocorrência: ROD BR 226

**DOCUMENTO 1**

\*T1%

**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 MOTONICLETA HONDA NXR 150 HROS HS 2012/2012 COR PRETA PLACA OSG 0279 CRATEUS/CE RRNAVAM 00497809915 KM 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 REPARADO 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, OZHANA DE SOUSA FREITAS E NADA MAIS DISSP//

*Noticiante(s)*

Nome : JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO

Endereço : R LUIZ LOPEZ VERAS 324

Bairro : VENÂNCIOS

Município/UF : CRATEUS CE BRASIL

Telefone:

**DELEGIACIA DESTINO: DELEGIACIA REGIONAL DE CRATEUS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

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

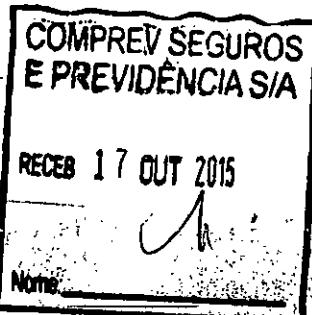
**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :** *João Rodrigues Vieira Neto*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

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

*1º Testemunha: Ozeane Valdeci Caetano AP*

*2º Testemunha: Ozeane de Sousa Freitas*



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 Bópes Veras, nº 324, Venonais, 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:

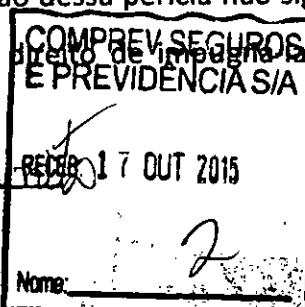
- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) 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 impugnar o caso disconde do seu conteúdo.

José Rodrigues Vieira Neto

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Local e data

Crato 08 Outubro de 2015

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Prontuário: 000296 Atendimento: 0023  
Paciente: JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO  
RG: 20706857

Pai: PEDRO VIEIRA SOARES Nascimento: 01/11/1964

Endereço: CAMPO ADAO, SN

Bairro: ZONA RURAL

Profissão: AGRICULTOR

Convênio: SUS

Cônjugue: ANTONIA ELIANE TEIXEIRA COSTA

Endereço: CAMPO ADAO, SN

Data Atendimento: 03/07/2015 Hora: 12:50

Médico: FRANCISCO ELANILDO MARTINS

Tipo Atendimento: CONSULTA COM PROCEDIMENTO

Indicador de Acidente:

Observação:

Peso: kg Altura (cm):

Sinais Vitais: T (°C):

CNS: 898004238050446

Guia Aut:

Local: CRATEUS/CE

Est. Civil: Outro

Sexo: I

Idade: 50 Ano(.

Mãe: MARIA JOSE DE PAULO SOARES

Telefone: 88 94350988 CEP: 63640-000

Município: INDEPENDENCIA

UF: CE

Empresa:

Matrícula:

Responsável: JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO

Município: INDEPENDENCIA

UF: CE

Sala:

CRM/UF: 6253/CE

Funcionário: ANTONIA CELIA SARAIVA DA SILVA

CPF do Responsável:

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

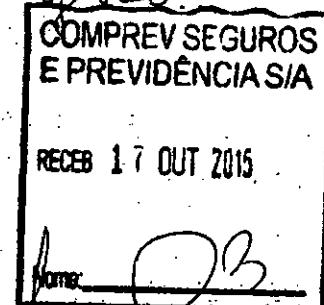
5102996

velho de andante em  
motocicleta (SC) u

a ferimento contuso em perne D

a perne E → a sala de gesso

curativo perne F



DR. JUNIOR FRANDES  
MÉDICO PSF REALÉO  
CRM: CE 6253

Antonia Mariane Reles  
Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO

FRANCISCO ELANILDO MARTINS CRM: 6253

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Rodrigues Vieiro Neto

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

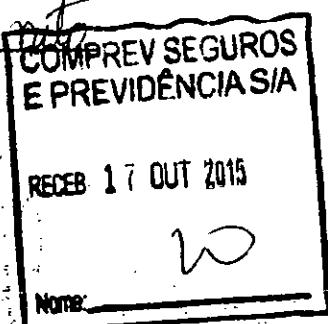
CPF nº 104.435.998-66, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua lauz borges leivas</u>
Número	<u>324</u>
Apto / Complemento	<u>—/—</u>
Bairro	<u>Venâncios</u>
Cidade	<u>Crato</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: Crato 09 de Outubro 2015

Assinatura do Declarante: José Rodrigues Vieira Neto



**Nº DO CLIENTE**  
**6633865-4**

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 LOPEZ 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			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO						
Mês de Referência	Data da Aprovação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso dessa conta.						
Ago/2015	20/08/2015	21/09/2015	CRATEUS						
ICMS			Jun/2015						
			EUSD 6,00						
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual Apuração Individual						
ISENTO			Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	5,91	11,82	23,64	0,00	0,00	0,00
B459.C642.2978.E42C.2173.2B19.DF1A.DEB4			FIC	3,42	6,85	13,70	0,00	0,00	0,00
			DMIC	3,46			0,00	0,00	0,00

**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	39	0,17250	5,17
29/08/15	21/07/15		30 DIAS	86	56	0,29571	16,56
<b>VALOR (R\$)</b>							
21,73							

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

**VENCIMENTO** 25/09/2015 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 25,22

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia	14,09
Transmissão	0,29
Distribuição	5,49
Encargos Sist.ais	0,78
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	2,13
<b>TOTAL</b>	<b>25,22</b>

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

MES	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Set
70	86	55	59	62	107	52	50	50	50	50	50	50	50

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (Kg/kWh)**  
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecocelce.  
Emitido kg(CO<sub>2</sub>) Compensado kg(CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

37,17 0,00 0% 100

**informações importantes e avisos de vencimento**

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A**

RECEB. 17 OUT 2015

Name: *[Signature]*



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Flávio Melo Froneca, 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 Flor Rodrigues Vieira  
Melo.

Veículo: Ano: 2012 / 2012Modelo: HONDA/NXR 150 Bros ESPlaca: OSG0279/CEChassi: 9C2KDDSS0CR577711Data do Acidente: 08/07/2015Local e Data: Crato 08 Outubro de 2015

Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIAS/A

RECEB 17 OUT 2015

Nome: H
 Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade  
Antônio Flávio Melo Froneca  
Innamra

Dou fé CRATO-CE

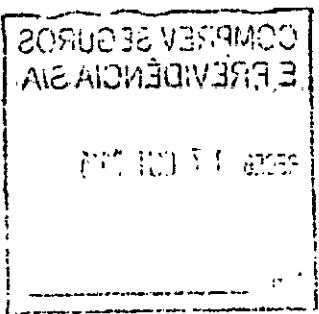
Em Test

08 OUT 2015

Sra Vaneide

 Bel Sônia Barreto Cavalcante  
 Junior Primo Atel Ferreira  
 Soraya Barreto Cavalcante  
 VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

**CARTÓRIO CAVALCANTE**  
 3º Ofício Registro de Imóveis  
 Nayana Correia Sampayo  
 Escrivente Autorizada



## Guia de atendimento - EMERGENCIA

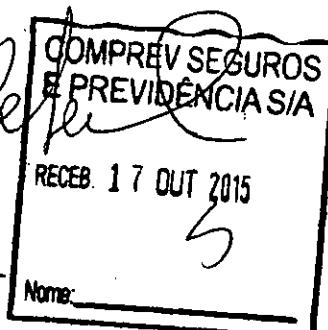
Prontuário: 000296 Atendimento: 0023 CNS: 898004238050446 Guia Aut:  
 Paciente: JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO Local: CRATEUS/CE Est. Civil: Outro Sexo: I  
 RG: 20706857 Nascimento: 01/11/1964 Mãe: MARIA JOSE DE PAULO SOARES Idade: 50 Anos  
 Pai: PEDRO VIEIRA SOARES Municipio: INDEPENDENCIA Telefone: 88 94350988 CEP: 63640-000  
 Endereço: CAMPO.ADAO, SN Empresa:  
 Bairro: ZONA RURAL Matrícula:  
 Profissão: AGRICULTOR Responsável: JOSE RODRIGUES VIEIRA NETO  
 Convênio: SUS Municipio: INDEPENDENCIA UF: CE  
 Cônjuge: ANTONIA ELIANE TEIXEIRA COSTA CRM/UF: 6253/CE  
 Endereço: CAMPO ADAO, SN Funcionário: ANTONIA CELIA SARAIVA DA SILV.  
 Data Atendimento: 03/07/2015 Hora: 12:50 CID:  
 Médico: FRANCISCO ELANILDO MARTINS P (bpm): 96 R (ppm): PA (mmHg): 130 x 80  
 Tipo Atendimento: CONSULTA COM PROCEDIMENTO Observação:  
 Indicador de Acidente:  
 Observação:  
 Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C):  
 Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

CRM/UF: 6253/CE  
 Funcionário: ANTONIA CELIA SARAIVA DA SILV.  
 CPF do Responsável:  
 5902991

relato de andar de  
 moto ciclone (SC) u  
 ferimento contuso em perne  $\ominus$   
 a ferimento contuso em perne  $\oplus$   
 (a perne  $\ominus$ )  
 (a perne  $\oplus$ ) a sala de gesso...  
 Cravado perne  $\ominus$

DR. JUNIOR FRANCOES  
 MÉDICO PSF REALÉJO  
 CRM - CE 6029

Sale refugio  
 intervenir



FRANCISCO ELANILDO MARTINS CRM: 6253

Antonia Mendane Reis  
 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  
01/11/1984

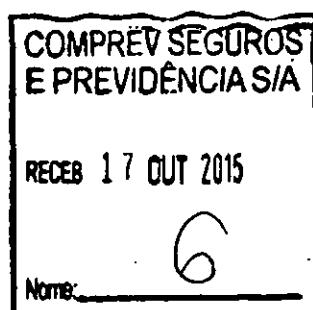
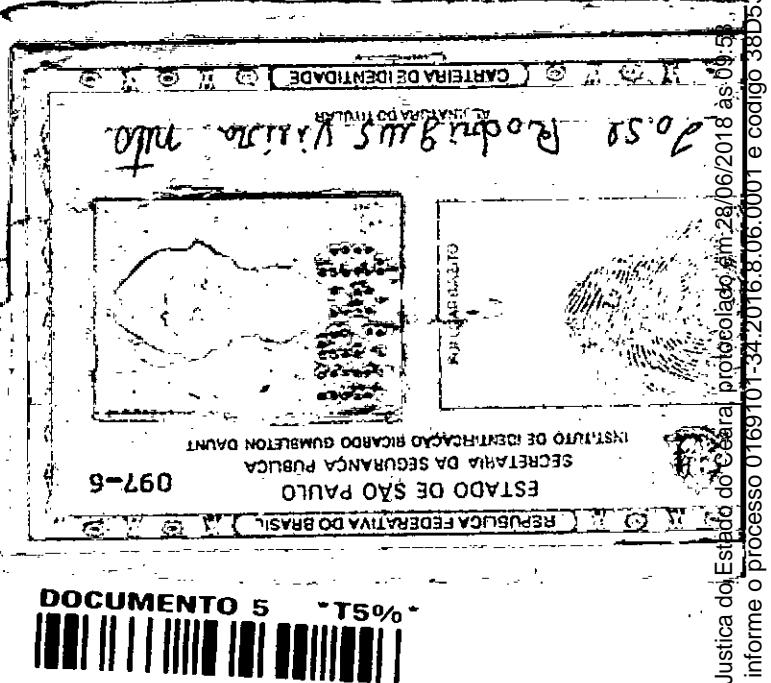
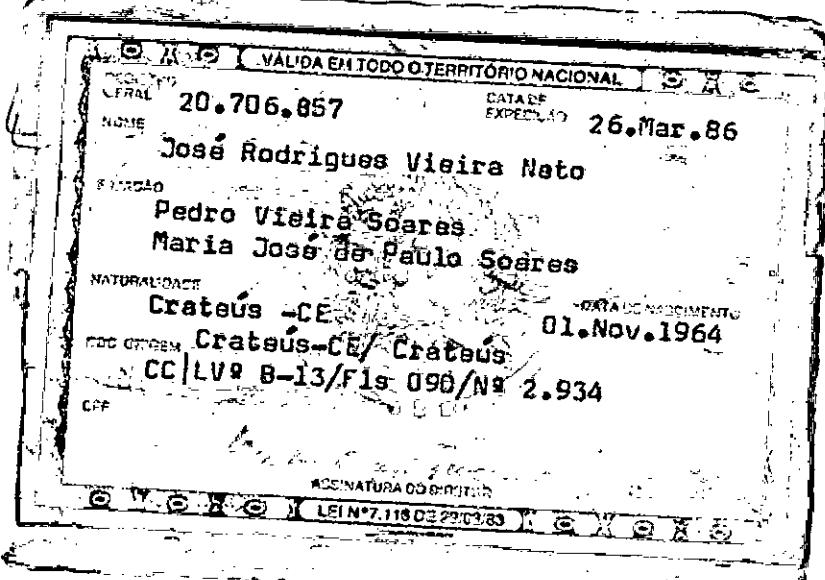
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 08:51:26 do dia 03/08/2011 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00







Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3450396274

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 NetoPORTADOR(A) DO RG N° 20.706-887EXPEDIDO POR SSP - SPEM 06/03/2018CPF 104436998-66 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Acadêmico

E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (\*) 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 ABASMO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida, 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, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 07247 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 DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Carvalho \_\_\_\_\_ 17 de DEZEMBRO de 2015

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

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

## Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV



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](#)

Supporto 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
<b>Total</b>			<b>70 %</b>	<b>R\$ 9.450,00</b>

## 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