

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: 10/12/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBSON JOSE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00748

CONTA: 000000100020-8

Nr. da Autenticação F0F862872474ED7E

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150597701 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBSON JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/03/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO QUADRIL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA CLAUDICANTE, DOR ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO. O PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/12/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Alessandra Duraes Altaf

CRM do médico: 16562

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	12,5 %	\$1,687.50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



**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): Robson Jose dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Anastacio Barroso, 3795
Polícia Civil Itapipoca CE CEP: 62500-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20076894104
Data local do exame: [04/12/2015] Fortaleza [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)
TRAUMA NO QUADRIL ESQUERDO. MARCHA CLAUDICANTE, DOR ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL 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 CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO. O PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA 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 DO QUADRIL ESQUERDO, PELA LIMITAÇÃO.
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”
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () “Sem sequela permanente”
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () “Exame não permite conclusão”
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela):
Quadril - Lado Esquerdo
% 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


SaúdeSEG Alessandra Duraes Altal
CRM 16562



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUAS CARGAS PESSOAIS
 TRANSPORTADAS OU LADO SEGURO DPVAT

CE Nº 010081076948 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013

CPF/CNPJ 02977029397 PLACA NVA2566

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 010081076948 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 19/09/2013

CPF/CNPJ 02977029397 PLACA NVA2566

RENAVAL 253091772 MARCA/MODELO KASINSKI/MIRAGE 150 50

ANO FAB 2010 CATARI 09 Nº CHASSI 93FMRCGFABM002189

PREMIO TARIFARIO

FMS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,04	14,34	143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$)	OF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)
4,15	11,11	292,01

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 31/09/2013

Seguradora União dos Consórcios
 LOTE/DOC 92802/01 LACER
 MOTOR 93FMRCGFABM002189
 CNPJ: 09.248.608/0001-04

DEZ-2012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 0100810769

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

CRDD 01 253091772 0080000000 2013

ANTONIO MULLAS REBEIRO

ITAPIPOCA/CE

PLACA NVA2566

93FMRCGFABM002189

COMBUSTÍVEL GAS MOTO

KASINSKI/MIRAGE 150 50

2010 20

2P/13CV/149CC

PARTIC AZUL

PREMIO TARIFARIO 286,75

SEGURO OBRIGATORIO 310,07

DATA DE PAGAMENTO 19/09/2013

ITAPIPOCA

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 09 JUL 2015

Nome:



Justificativa de falta de Prontuário

EU ROBSON JOSE DOS SANTOS CPF:062.994.393-19

RG:2007689410-4 VENHO PERANTE A SEGURADORA LIDER
ESCLARECER QUE NAO TENHO COMO MANDA MAIS
DOCUMENTAÇÃO MEDICA HOSPITALAR POR QUE VIVO EM UM
ESTADO ONDE A SAÚDE E PRECÁRIA E NAO CONSEGUI
ATENDIMENTO MEDICO PEÇO QUE CONSIDEREM AS QUE JA
MANDEI POIS FOI A QUE O HOSPITAL ME LIBEROU.

ENTENDO QUE ATENDO TODOS OS REQUISITOS PARA ESTA
RECEBENDO ESTA DEVIDA INDENIZAÇÃO, SE POR VENTURA NAO
FOR MARCADO MINHA PERICIA **ESTAREI ENTRANDO NA JUSTIÇA**
CONTRA A SEGURADORA ALEGANDO DOCUMENTAÇÃO
ABUSIVA, PARA QUE ISTO NAO SEJA NECESSARIO ESPERO QUE
MARQUEM MINHA PERICIA PARA A COMPROVAÇÃO DAS
SEQUELAS.

ATENCIOSAMENTE

* Robson Jose dos Santos

AQUIRAZ-CE 03/11/2015





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007687410-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/08/2011

NOME ROBSON JOSE DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSE ARAUJO DAACENO

MELIA FERREIRA SANTOS

LOCALIDADE ANUNYADA - CE

DOC. ORIGINÁRIO CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO ICARAT TERMO: 5075 FOLHA: 17 LIVRO: A

6. ANUNYADA - CE

CPF 082.994.393-19

2. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

EEIN 7.116 DE 20/08/03

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 09 JUL 2015

CARTÃO DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

ROBSON JOSE DOS SANTOS

Polícia Distrito

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

COORDENADORIA DE REGISTRAÇÃO CIVIL E PESSOAS JURÍDICAS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO
ITAPIPOCA - CE

* Acidente de trânsito

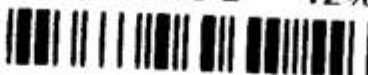
ATO DECLARATÓRIO

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

Prontuário: 196615 Atendimento: 0003 CNS: 708203627872949 Guia Aut:
Paciente: ROBSON JOSE DOS SANTOS Est. Civil: Solteiro(a) Sexo: M
CPF: 06299439319 Nascimento: 26/07/1995 Local: AMONTADA/CE Idade: 19 Ano(s)
Pai: JOSE ARAUJO DAMACENO Mãe: NEITA FERREIRA SANTOS
Endereço: RUA ANTONIO ANASTACIO BARROSO, 2795 Telefone: 88 99334296 CEP: 62500-000
Bairro: MARANHÃO Município: ITAPIPOCA UF: CE
Profissão: AUX. DE PRODUCAO Empresa: DASS
Convênio: SUS Matrícula:
Cônjugue: Responsável: GESSIMARA DA SILVA MARQUES
Endereço: RUA ANTONIO ANASTACIO BARROSO, 2795 Município: ITAPIPOCA UF: CE
Data Atendimento: 31/03/2015 Hora: 21:48 CID: Sala:
Médico: ARNOBIO AVELINO DA SILVA CRM/UF: 7211/CE
Tipo Atendimento: CONSULTA Funcionário: RAILA MARA SOARES PINTO
Indicador de Acidente: Trânsito CPF do Responsável:
Observação: PA (mmHg): 130 x 80
Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm):
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Motivo do Atendimento vítima de acidente de trânsito

DOCUMENTO 2 - T200



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 14 OUT 2015

Nome: 2

ARNOBIO AVELINO DA SILVA - CRM: 7211

Assinatura Paciente/Responsável



Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

Prontuário: 196615 Atendimento: 0003 CNS: 708203627872949 Guia Aut:
Paciente: ROBSON JOSE DOS SANTOS Est. Civil: Solteiro(a) Sexo: M
CPF: 06299439319 Nascimento: 26/07/1995 Local: AMONTADA/CE Idade: 19 Ano(s)
Pai: JOSE ARAUJO DAMACENO Mãe: NEITA FERREIRA SANTOS
Endereço: RUA ANTONIO ANASTACIO BARROSO, 2795 Telefone: 88 99334296 CEP: 62500-000
Bairro: MARANHÃO Município: ITAPIPOCA UF: CE
Profissão: AUX. DE PRODUCAO Empresa: DASS
Convênio: SUS Matrícula:
Cônjuge: Responsável: GESSIMARA DA SILVA MARQUES
Endereço: RUA ANTONIO ANASTACIO BARROSO, 2795 Município: ITAPIPOCA UF: CE
Data Atendimento: 31/03/2015 Hora: 21:48 CID: Sala:
Médico: ARNOBIO AVELINO DA SILVA CRM/UF: 7211/CE
Tipo Atendimento: CONSULTA Funcionário: RAILA MARA SOARES PINTO
Indicador de Acidente: (Trânsito) CPF do Responsável:
Observação:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C) (bpm): R (mpm): PA (mmHg): 130 X 80

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

-7 Q. P. Ave. Ar

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhuma ônus para o paciente ou
qualquer outro do convênio.
HMSVP

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/IA

RECEB. 09 JUL 2015

Nome: A

ARNOBIO AVELINO DA SILVA - CRM: 7211

Assinatura Paciente/Responsável

3150597701

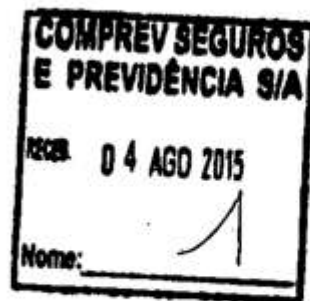
Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

Prontuário: 196615 Atendimento: 0003 CNS: 708203627872949 Guia Aut:
Paciente: ROBSON JOSE DOS SANTOS Est. Civil: Solteiro(a) Sexo: M
CPF: 06299439319 Nascimento: 26/07/1995 Local: AMONTADA/CE Idade: 19 Ano(s)
Pai: JOSE ARAUJO DAMACENO Mãe: NEITA FERREIRA SANTOS
Endereço: RUA ANTONIO ANASTACIO BARROSO, 2795 Telefone: 88 99334296 CEP: 62500-000
Bairro: MARANHÃO Município: ITAPIPOCA UF: CE
Profissão: AUX. DE PRODUCAO Empresa: DASS
Convênio: SUS Matricula:
Cônjuge: Responsável: GESSIMARA DA SILVA MARQUES
Endereço: RUA ANTONIO ANASTACIO BARROSO, 2795 Município: ITAPIPOCA UF: CE
Data Atendimento: 31/03/2015 Hora: 21:48 CID: Sala:
Médico: ARNOBIO AVELINO DA SILVA CRM/UF: 7211/CE
Tipo Atendimento: CONSULTA Funcionário: RAILA MARA SOARES PINTO
Indicador de Acidente: Trânsito CPF do Responsável:
Observação:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): 130 X 80

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

- 7 6. Pneu por



04/08

ARNOBIO AVELINO DA SILVA - CRM: 7211

Assinatura Paciente/Responsável

Atto declaratório





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 35. DISTRITO POLICIAL

DOCUMENTO 1 "T1%"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 135 - 1772 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS
Data / Hora da Comunicação: 23/06/2015 11:23:02
Data / Hora da Ocorrência: 31/03/2015 21:48:00
Endereço da Ocorrência: AV ISAU ALVES

NAO INFORMADO ITAPIPOCA /CE

Ponto de Referência: LICEU

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ROBSON JOSE DOS SANTOS
Nascimento: 31/10/1962
RG: 20076894104 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 06299439319
Filiação: JOSE ARAUJO DAMACENO
NEITA FERREIRA SANTOS
Endereço: R ANTONIO ANASTACIO BARROSO 3795
MAKANHÃO
ITAPIPOCA CE BRASIL

Telefone:

Histórico

INFORMA O DECLARANTE SR. ROBSON JOSE DOS SANTOS, QUE CONDUZIA UMA MOTOCICLETA KASINSKI MIRAGE, DE COR ZUL, PLACAS NVA 2566, CHASSI: 93FMRCFFABM002139 LICENCIADA E REGISTRADA NO NOME DE ANTONIO MARTINS RIBEIRO, QUE VINHA TRAFEGANDO NA AVENIDA ISAU ALVES QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO A VITIMA NÃO O HOU TARA O RETROVISOR E VEIO A COLIDIR COM OUTRA MOTOCICLETA HONDA BROS, DE COR VERMELHA PLACAS NÃO IDENTIFICADAS, QUA A VITIMA VEIO A CAIR E SER SOCORRIDO PELO SR. NEURITONIO MATIAS DE SOUSA DE CPF: 030.204.313.60, AO HOSPITAL SÃO CAMILO EM ITAPIPOCA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

"ESCRIVÃO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

FRANCISCO BRUNO DE FIGUEIREDO FILHO - MAT.: 155823-1-4

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 14 OUT 2015

Nome: A

Governo do Estado do Ceará
SSP/DA Polícia Civil
DPM / 35º Distrito Policial

DECLARAÇÃO

EU, Robson Jose dos Santos
PORTADOR(A) DO RG Nº 2007689410-4 E CPF 062994393-19 NA
QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DA VÍTIMA, O mesmo

DECLARO QUE APÓS TER SOFRIDO ACIDENTE PROVOCADO POR VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, EM
3/03/2015 A VÍTIMA FOI LEVADA AO HOSPITAL, São Carilo

Declaro de além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC – 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

"Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado"

Também me responsabilizo pelo ora declaro e estou ciente que qualquer informação falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

"Art. 299 - Omitir em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante."

Apipoca CE 06/07/2015
LOCAL E DATA

Robson Jose dos Santos
DECLARANTE

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A
RECEB. 09 JUL 2015
Nome: <u>3</u>



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 35. DISTRITO POLICIAL

3150597701

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 135 - 1772 / 2015



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **23/06/2015 11:23:02**
Data / Hora da Ocorrência : **31/03/2015 21:48:00**
Endereço da Ocorrência: **AV ISAU ALVES**

NAO INFORMADO ITAPIPOCA /CE

Ponto de Referência: **LICEU**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ROBSON JOSE DOS SANTOS**
Nascimento : **31/10/1962**
RG: **20076894104** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF: **06299439319**
Filiação: **JOSE ARAUJO DAMACENO**
NEITA FERREIRA SANTOS
Endereço: **R ANTONIO ANASTACIO BARROSO 3795**
MARANHÃO
ITAPIPOCA CE BRASIL Telefone:

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 09 JUL 2015

Nome:

Histórico

INFORMA O DECLARANTE SR.ROBSON JOSE DOS SANTOS, QUE CONDUZIA UMA MOTOCICLETA KASINSKI MIRAGE, DE COR ZUL, PLACAS NVA 2566, CHASSI:93FMRCCFABM002139 LICENCIADA E REGISTRADA NO NOME DE ANTONIO MARTINS RIBEIRO, QUE VINHA TRAFEGANDO NA AVENIDA ISAU ALVES QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO A VITIMA NÃO OLHOU PARA O RETROVISOR E VEIO A COLIDIR COM OUTRA MOTOCICLETA HONDA BROS, DE COR VERMELHA, PLACAS NÃO IDENTIFICADAS, QUA A VITIMA VEIO A CAIR E SER SOCORRIDO PELO SR.NEURITONIO MATIAS DE SOUSA DE CPF:030.204.313.60, AO HOSPITAL SÃO CAMILO EM ITAPIPOCA. E NADA MAIS DISSE.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

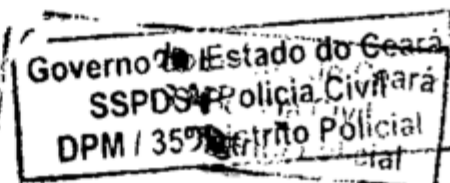
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVAO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO BRUNO DE FIGUEREDO FILHO - MAT.: 133825-1-4





Seguradora Líder - DEVAT

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.

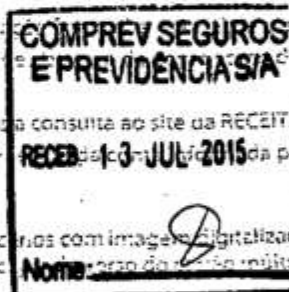
EU, Robson José da Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2007689410-4 EXPEDIDO POR SS PCE EM 18/08/2011
 CPF 06299439319 CNPJ _____ PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Robson José da Santos AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

[1] A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras, sob suas respectivas constituições, cadastre 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 aparecerem 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;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a exigência de proposta de abertura de conta com comprovação dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomenda-se a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SIEDPVAT Sinistros que não é o mesmo);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagens digitalizadas ou scanner colorido escritos à mão por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou o 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 04 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0748 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 100020-8

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 DO VALOR COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Apipact 06 de 07 de 2015 Robson José da Santos
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.000,00 em caso de morte ou invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito. No caso de morte, a indenização é paga em uma única parcela. No caso de invalidez permanente, a indenização é paga em 12 parcelas mensais de R\$1.250,00, acrescidas de juros e correção monetária. Para maiores informações, consulte o site www.susep.gov.br ou o telefone 0800 00 1111.

GGMPREV SEGUROS
& PREVIDÊNCIAS/A

RECEB. 09 JUL 2015

no: 9

