



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2014

Carta nº: 5791511

A/C: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3140065066
Vitima: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO
Data Acidente: 30/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

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!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5871930

A/C: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3140065066
Vítima: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO
Data Acidente: 30/08/2014
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, 22 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6135290

A/C: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3140065066
Vítima: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO
Data Acidente: 30/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

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: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000754

Conta: 0000018042-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Antonio Ednardo Canuto do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Catole, S/N
Zona Rural Senador Pompeu CE CEP: 63600-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 380050936
Data local do exame: [07/01/2015] Boa Viagem [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)

LESÃO CORTO-CONTUSA NO JOELHO DIREITO. MARCHA DISCRETAMENTE CLAUDICANTE, CICATRIZ IRREGULAR NO JOELHO DIREITO, DOR E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO + CREPITAÇÃO.

- 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 SUTURA, REPOUSO E MEDICAÇÃO. O PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

- 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 JOELHO DIREITO, PELA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS E CREPITAÇÃO DO MESMO.

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):

JOELHO 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.

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


SaúdeSEG André de Oliveira Limal
CRM 52643610

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: 12/01/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000018042-6

Nr. da Autenticação DFE2C5F31088C5E2

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
224.5




Documentos de Identificação

2100

ALTO E LARGO O TERRITÓRIO NACIONAL

ANTONIO EDUARDO CANUTO DO NASCIMENTO

NOME

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade e exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 58.005.093-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/MAI/2003

NOME ANTONIO EDUARDO CANUTO DO NASCIMENTO

PERFIL GERALDO ROBERTO DO NASCIMENTO

E TEREZINHA CANUTO DO NASCIMENTO

NACIONALIDADE SENADOR POMPEU - CE DATA DE NASCIMENTO 11/JUL/1978

OUTRO SENADOR POMPEU DE ENO. JOSE LOPES

371477073-7

LEI Nº 116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA ECONOMIA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome ANTONIO EDUARDO CANUTO DO NASCIMENTO

Nº de inscrição 881477073-7 Data de Nascimento 11/07/78



FICHA DE CORRÊNCIA



Documentação de Recuperação

SCM DOC 1107.78

HOSPITAL DE SENADOR POMPEU

NOME DO PACIENTE

ANTO EDUARDO CAVALO DO NASCIMENTO

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade
AGRICULTOR	36	PD	M	S	SEN. POM. B

Residência

GRITO CATOLIC

Pai

BERNARDO RIBEIRO DO NASCIMENTO

Mãe

TENZINNA CAVALO DO NASCIMENTO

CNS:

O Paciente chegou ao hospital		Data	Hora
☐ Andando	☐ Regular	30.08.14	20:45
☒ De Automóvel	☐ Passando mal	☐ Acidente de Trabalho	
☐ Ambulância	☐ Comatoso	Local	
☐ Aparentemente bem	☐ Com Hemorragia		

Queixa principal e resumo da doença atual

1^{ta} crise Aid. Nata. com convulsões supratônicas

Diagnóstico

DADOS CLINICOS

DIAGNOSTICO

MAX	MIN	AUXILIAR	RETAL
-----	-----	----------	-------

1^o 1^o 1^o

TRATAMENTO:

Sintoma
Anestesia

cliente vítima de acidente de trânsito, com fratura no joelho D, realizado cirurgia e curativo compressivo.

DESTINO DADO AO PACIENTE

☐ Residência	☐ Internado
☐ Em Observação	☐ Transferido
☐ Encaminhado ao ambulatório	
☐ Óbito as	horas após chegada A.U.E
☐ Óbito sem tratamento	

COPIA DESTINADA AO
CORPO DE FISCAGEM
DEPARTAMENTO DE FISCAGEM

Diagnóstico definitivo

CONFERE COM ORIGINAL
DEPARTAMENTO DE FISCAGEM
DEPARTAMENTO DE FISCAGEM

Ass. do Médico
Dr. Fernando Figueira
P. Medico

Assinatura do paciente ou responsável

Fernando Figueira mais bolsonaro

DPVAT - RJ

Maternidade e Hospital Santa Isabel

Rua Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 - Fone: (88) 9971 3132
CEP 63.600-000 - Senador Pompeu - Ceará

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA (Preencher todos os campos após a cirurgia verso e anverso)

NOME DO PACIENTE

Antonio Eduardo Camuto do Ntº

DIAGNÓSTICO

Escomiações joelho D.

OPERAÇÃO

Suturas

Nº. DA AIH

REG.

CÓDIGO CID

CONVERSÃO

CATEGORIA

DETALHES

CÓDIGO SSM

CIRURGIA

1-PEQ. 2-MÉDIA 3-GRANDE 4-SIMULT. 5-MULTIPLA 6-ESPECIAL 7-PRINC. E SECUNDÁRIA

Início

Término

Duração

Dia

Mês

Ano

Dia Útil

☐ Sim

☐ Não

ANESTESIA

☐ Geral ☒ Local ☐ Outros

Início

Término

hora

mim

hora

mim

Em minutos com acresc., para casos de emergência fora do horário normal e dias não úteis. (Preencher)

ANESTESIA

Minutos total

Minutos c/acresc.

61

MATERIAL DE SALA

TIPO

CALIBRE (Espessura)

QUANT.

65

MEDICAMENTOS DE SALA

TIPO

DOSAG.

QUANT.

VIA

S.F

ml

—

100

Povidine

ml

—

50

Seringa

VWJ

5ml

01

agulha

"

40x12

01

agulha

"

25x7

01

Gaze

"

—

20

Fio nylon

"

2.0

01

atachue

"

10cm

02

luva

PAR

8.0

01

lidocaine

ml

—

15

CONFERE COM ORIGINAL
09/09/2014
RESPONSÁVEL - SAME
M. H. S.
CNPJ 07.802.697/0002-44

74

OXIGÊNIO

Ass. da Enfermeira

INÍCIO HORAS

TERM. HORAS

TOTAL DE HORAS

Ass. do Cirurgião

Dr. Fernando Augusto Rayau F. Vieira

CREMEX 12721

MEDICO

RÉSUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

Anestesistas



- Anestesia
- Anestesia local
- Sutura
- curativo

Agentes Anestésicos	20	
Líquidos		
CÓDIGO		
PP. Arterial: ☐ Pulso: ☐ Respiração: ☐ Anestesia: ☐ Operação	260	
V	240	
A	220	
	200	
	180	
	160	
	140	
	120	
	100	
	80	
	60	
	40	
	20	

RELATAR AS CAUSAS QUE JUSTIFIQUEM A LONGA DURAÇÃO DA OPERAÇÃO DE ANESTESIA E UM MAIOR CONSUMO DE MATERIAL E MEDICAMENTOS

Data

Cirurgião:

Dr. Fernando Higor Fayad F. Vieira
CREMEC 12721
MÉDICO

1º. Auxiliar

Ass. e carimbo do Cirurgião

Ass. e carimbo

2º. Auxiliar

3º. Auxiliar

Ass. e carimbo

Ass. e carimbo

CONFERE COM ORIGINAL

09/09/2014

RESPONSÁVEL - SAME

M.H.S.I.

CNPJ 07.802.697/0002-44

Dr. Fernando Higor Fayad F. Vieira
CREMEC 12721
MÉDICO

Data

Ass. e carimbo do Anestesista - CRM



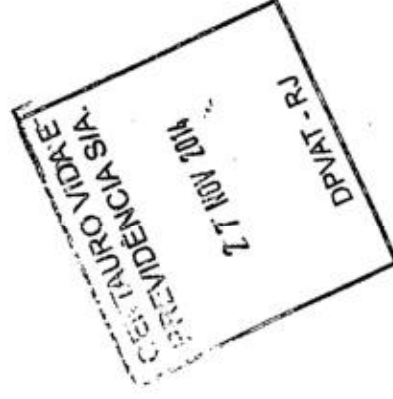
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Ednardo Camilo do NascimentoRG nº 380050936, data de expedição 26/05/03 Órgão SSP-SP

CPF nº 891.477-043-72 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>Sít. Latoa</u>
Número	<u>54</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>63.600-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3515-1630 / (88) 9905-0065</u>
E-mail	<u>secretaria@mb.sanguis@yaho.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pedra Branca-CE 18.09.14Assinatura do Declarante: Antonio Ednardo Camilo do Nascimento

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Inscrição de IML



0004

Eu, Antonio Ednardo Camilo do Nascimento portador da carteira de identidade nº 380050936 e inscrito no CPF/MF sob o nº 891977.073-72 residente e domiciliado na St. Antole, Zona Rural Cidade Senador Pompeu Estado Paraná 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.

Antonio Ednardo Camilo do Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Pedra Branca-CE 18.09.14

Local e data





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



Boletim de Ocorrência

0001

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 2462 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 16/09/2014 14:21:52

Data / Hora da Ocorrência : 30/08/2014 20:45:00

Endereço da Ocorrência: VI. PARADA

ZONA RURAL SENADOR POMPEU /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

Nascimento : 11/07/1978

RG: 380050936 Órgão Emissor: SSP UF: SP - CPF: 89147707372

Filiação: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

GERALDA RIBEIRO DO NASCIMENTO

Endereço: SIT CATOLÉ

ZONA RURAL

SENADOR POMPEU CE BRASIL

Telefone:

Histórico

afirmando o seguinte: Que na data, hora e local, acima citado, o(a) declarante sofreu um acidente de trânsito quando vinha conduzindo a motocicleta de marca HONDA/CG 125 TITAN KS, cor VERMELHA, placa HXI-0074, Senador Pompeu-CE, ano e modelo 2001/01, chassi 9C2JC30101R096085, licenciada em nome de Francisca Ferreira dos Reis; Que o(a) declarante afirma que perdeu o controle da motocicleta ao derrapar numa curva; Que o(a) declarante foi socorrido(a) por populares para o hospital de Senador Pompeu/CE; Que em consequência do acidente o(a) declarante sofreu ferimento no joelho direito; Que tem como testemunhas as pessoas de José Nirismar Araújo de Magalhães RG 2004023037290 e Natalia Vitoriano Araújo. RG 2007716866-0; Que o(a) declarante procurou esta delegacia para lavrar este boletim de ocorrência; Que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inscritas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR - MAT.: 135490-1-X

Miguel Arcajo Frota Júnior
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Antônio Ednardo Canuto do Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A):

JOSE EDILSON DE OLIVEIRA SOBRINHO

27 NOV 2014

DPVAT - RJ



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 terceiro, ainda que esses sejam procuradores. Recomendamos o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antonio Edmundo Cavato do Nascimento

PORTADOR(A) DO RG Nº 38.005.093-6

EXPEDIDO POR SSP, SP

EM 26/05/03

CPF 892477073-7 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 724,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Ant. Edmundo Cavato do Nascimento 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, podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLAR, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial - conta pessoal cadastrada, em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LT (normalmente ao final do nome do titular).
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular.
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal.
- Qualquer conta da CEF, se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT.

• Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada, com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.

• Conta bloqueada, inativa ou em proposta.

• 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 SISEDPVAT. Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito.

• Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT e responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta-empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

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) 0754

Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8042-6

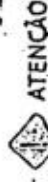
DP: 013

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.

Pedro Branga, 14 de Novembro de 2014 Antonio Edmundo Cavato do Nascimento

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

294-864020160-7

11/OUT/2014

HORA DF 11:11:06

05.12363-7

ALIDADE: PEDRA BRANCA
VINCULADA: 0754

TERM: 013487

CONTROLE: 636988632

DEPOSITO EM DINHEIRO

0754 013 00018042-6

ANTONIO E C D NASCIM

CA OR

5,00

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

294-864020160-7

CAIXA DO CLIENTE

CAIXA

DPVAT - RJ
27 NOV 2014
CENTRALIZADORA DE PREVIDENCIA S/A



Seguros para viver

Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 665326

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo		Placa	
09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		HXL-0074/CE	
Nome da Vítima			
ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO			
Tipo Sinistrado	Data Nascimento	Tipo de CPF	Natureza
3 - Motorista	11/07/1978	0 - Possui CPF	2 - INVALIDEZ
		CPF da Vítima	Data Ocorrência
		891.477.073-72	30/08/2014

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

() Certidão Nº 5251-2462/2014 da autoridade policial sobre a ocorrência;

() DUT Nº _____ () _____ () _____

() RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO	Vítima	VITIMA	11/07/1978	63600-000	891.477.073-72

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações.:

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____

Data ____/____/____

Local da Entrega _____

Data ____/____/____

Beneficiário _____

_____ Centauro Vida e Previdência

Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.

- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando, este processo completo for cadastrado na Seguradora Líder, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402

Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauro-on.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauro-on.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ





Registro de Sinistro

DP.: 111
Processo: 0000/665326
Código: 665326

Seguros para viver

Unidade	Parceiro	Sub-Parceiro
CENTAURO RIO DE JANEIRO	M.S.A. SERVIÇOS DE	MARCOS BONIECK OLIVEIRA

BO N°	Data BO	DELEGACIA
5251-2462/2014	16/09/2014	DP CIVIL REGIONAL DE SENADOR POMPEU/CE

Placa	Tipo de Veículo	IML
HXI-0074/CE	09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo	

Nome da Vítima	Tipo Sinistrado	Natureza
ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO	3 - Motorista	2 - INVALIDEZ

Sexo Sinistrado	Data Nascimento	Tipo de CPF	CPF da Vítima	Data Ocorrência / Hora
MASCULINO	11/07/1978	0 - Possui CPF	891.477.073-72	30/08/2014 / 20:45

Cidade	UF	CEP	Telefones
SENADOR POMPEU	CE	63600-000	Fone: (88)3515-1630 / Cel: (88)99050-065

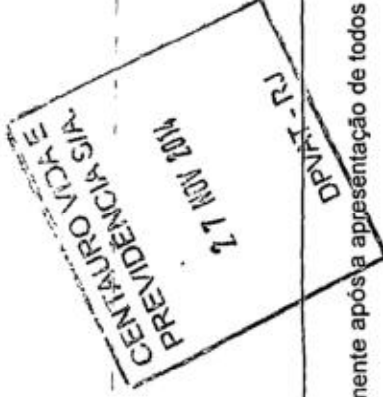
Email
atendimento@salek.com.br

Qtde.Benef.	Data Óbito	Médico	Valor(INVALIDEZ)
1			

Beneficiários				
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CPF/CNPJ
CEP	Complemento	Bairro	Cidade	UF
Profissão	Renda			
ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO	Vítima	ZONA RURAL	11/07/1978	891.477.073-72
63600-000 SIT. CATOLE		RS DE 1,00 A 1.000,00	SENADOR POMPEU	CE
TRABALHADOR AGROPEC. FLORESTAL, PESCA E				
Banco: 104 Caixa Econômica Fede	Ag.: 0754	C/P 18042-6		

Histórico	
Data	Situação

27/10/2014 14:21:54	MSA LETICIA	Pré-Cadastro não analisado
28/10/2014 09:48:05	MSA MARILIA	Pré-Cadastro com restrições
Detalhes das restrições		
* FICHA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO PREENCHIDA CORRETAMENTE, ASSINADA E SEM RASURAS.		
* POR FAVOR ENVIAR A NOVA FICHA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO http://www.dpvalsegurodotransito.com.br		
19/11/2014 08:45:39	MSA FERNANDACAMARA	Documentação complementar recebida na Unidade
24/11/2014 10:22:47	MSA MARILIA	Pré-Cadastro analisado e aprovado



Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4° ANDAR - SALAS 401/402 Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

e-mail: dpvat-rj@centauro-on.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauro-on.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 665326 e a data de nascimento 11/07/1978 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!



0007

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 9976797589
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 781922038 RNTRC 0000000000 EXERCÍCIO 2013

NOME
FRANCISCA FERREIRA DOS REIS

SENADOR POMPEU/CE

CPF/CNPJ 89168160330 PLACA HXI0074

PLACA ANT/UF *****/CE CHASSI 9C2JC30101R096085

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS ANO FAB. 2001 ANO MOD. 2001

CAP/POT/CIL 2P/12CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA ***** ** VENC. COTA UNICA **/**/** 1ª *****
 FAIXA I.P.V.A. *** PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****
 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 286.75 IOF (R\$) 1.11 PRÊMIO TOTAL (R\$) 292.01 DATA DE PAGAMENTO 23/07/2013

OBSERVAÇÕES

LOCAL SENADOR POMPEU DATA 07/08/2013

Assinatura: [Assinatura] DETRAN-CE

DPVAT - RJ
 27 NOV 2013
 AURO VIDA E
 VIGÊNCIA S/A

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

CE Nº 9976797589 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013

CPF/CNPJ 89168160330 PLACA HXI0074

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 9976797589 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 07/08/2013

VIA 01 CPF/CNPJ 89168160330 PLACA HXI0074

RENAVAM 781922038 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB. 2001 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2JC30101R096085

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 129.04 DENATRAN (R\$) 14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 1.11 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 292.01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 23/07/2013

☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios
 LOTE/DOC 73904/28 LACRE
 MOTOR JC30E11896085
 CNPJ: 09.248.608/0001-04

AGO-2012

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140065066 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/08/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/12/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em joelho direito

Resultados terapêuticos: Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140065066 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/08/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: LESÃO CORTO-CONTUSA NO JOELHO DIREITO. MARCHA DISCRETAMENTE CLAUDICANTE, CICATRIZ IRREGULAR NO JOELHO DIREITO, DOR E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO + CREPITAÇÃO.

Descrição do exame médico pericial: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO, PELA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS E CREPITAÇÃO DO MESMO.

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

Sequelas permanentes: DANO MÉDIO EM JOELHO D

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/01/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: André de Oliveira Leal

CRM do médico: 52643610

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 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:

