ENTRADA

21 JAN 2010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DENATRAN

6397141580

00000

- CE

6397141580

INTERIOR

DETRAN-CE

Valdemiro Tavora de Castro

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR EMBARCAÇÕES TRANSPORTADAS QUANDO SEGURÁVEIS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180052007 **Cidade:** Itatira **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANTONIA LILIANA ABREU DE SAUSA
Nacionalidade: BRASILEIRA **Est. Civil:** CASADA
Profissão: AGRICULTORA
Identidade: 2017100785-3 SSPDS/CE **CPF:** 225.449.568-28
Endereço: AV. ZEZE JUCA Nº. 00127 - DISTRITO DE LAGOA DO MATO - ITATIRA/CE

OUTORGADO:
Nome: OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO **Est. Civil:** CASADO
Profissão : MICRO EMPRESARIO
Identidade: 2007400186-2 **CPF:** 853.116.933-04
Endereço: RUA VENCESLAU VIEIRA BATISTA Nº. 168 BAIRRO OSMAR CARNEIRO - BOA VIAGEM /CE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima ANTONIA LILIANA ABREU DE SOUSA

ITATIRA /CE 21 DE DEZEMBRO DE 2017
LOCAL E DATA

INVESTPREV SEGURADORA S/A
24 JAN. 2018
ENTRADA

antonia liliana Abreu de Sousa
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO LAGOA DO MATO ITATIRA - CEARÁ
Autenticação
Data
Ofício

Antonia Geraldo Oficiala - CPF CHPJ: 12.359 Lagoa do Mato
MPF 02
CH422838

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**

Nº Sinistro: **3180052007**
Vitima: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**
Data do Acidente: **17/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180052007**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Certidão de casamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**

Nº Sinistro: **3180052007**
Vitima: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**
Data do Acidente: **17/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180052007.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**

Nº Sinistro: **3180052007**
Vitima: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**
Data do Acidente: **17/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180052007**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**

Sinistro: **3180052007**
Vítima: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**
Data do Acidente: **17/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180052007** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**

Sinistro: **3180052007**
Vítima: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**
Data do Acidente: **17/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180052007** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2018

Carta n°: 12793870

A/C: ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU

Nº Sinistro:	**3180052007**
Vitima:	**ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**
Data do Acidente:	**17/12/2017**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA**

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: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**
Valor: **R$ 337,50**
Banco: **237**
Agência: **000001302-1**
Conta: **000003401-0**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**337,50**

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R$	**337,50**

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

Sinistro: ***3180052007***

Nome do(a) Examinado(a): ***ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU***

Endereço do(a) Examinado(a): ***AV ZEZE JUCA nº 127 - DT LAGOA DO MATO - ITATIRA/CE***

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: ***RG 20171007853 - SSP***

Data e local do acidente: ***17/12/2017 ITATIRA/CE***

Data e local do exame: ***07/05/2018 FORTALEZA/CE***

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA CONTUSO EM JOELHO DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CLINICO. ALTA MÉDICA. EVOLUIU COM SEQUELA RESIDUAL

III.Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITACAO RESIDUAL DA FLEXAO DO JOELHO DIREITO. NAO EXISTEM SINAIS OBJETIVOS QUE JUSTIFIQUEM AS QUEIXAS SUBJETIVAS DA PERICIANDA

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[X] SIM [ ] NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

[X] SIM [ ] NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA RESIDUAL DA FLEXAO DO JOELHO DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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

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***

[X] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REFERE NAO TER REALIZADO RADIOGRAFIA NEM TOMOGRAFIA OU ULTRASSON
REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO DO EXAMINADOR -

Médico Perito: MARCUS BARRETO CONDE CRM:52.38123-0/RJ

Marcus B. Conde
Médico
CRM 52.38123-0

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180052007 **Cidade:** Itatira **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM JOELHO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: SEQUELA RESIDUAL DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CLINICO. ALTA MÉDICA. EVOLUIU COM SEQUELA RESIDUAL.
LIMITACAO RESIDUAL DA FLEXAO DO JOELHO DIREITO. NAO EXISTEM SINAIS OBJETIVOS QUE JUSTIFIQUEM AS QUEIXAS SUBJETIVAS DA PERICIANDA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/05/2018

Conduta mantida:

Observações: * REFERE NAO TER REALIZADO RADIOGRAFIA NEM TOMOGRAFIA OU ULTRASSON

* REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO DO EXAMINADOR -
.

Médico examinador: MARCUS BARRETO CONDE

CRM do médico: 52.38123-0

UF do CRM do médico: RJ

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 residual - 10 %	2,5%	R$ 337,50
		Total	**2,5 %**	**R$ 337,50**

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Janice de Almeida Pinto Miguez

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO I
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRC

Autorização de pagamento "0014"

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

INVESTPREV SEGURADORA S/A
24 JAN. 2018
ENTRADA

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL:
CPF da Vítima: 225.449.568-28
Nome completo da vítima: ANTONIA LILIANA ABREU DE SOUSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: ANTONIA LILIANA ABREU DE SOUSA
CPF Titular da conta: 225.449.568-28
Profissão: AGRICULTORA
Endereço: AV. ZEZE JUCA
Número: 00127
Complemento: CASA
Bairro: DISTRITO LAGOA DO MATO
Cidade: ITATIRA
Estado: CEARA
CEP: 62.720-000
Telefone (DDD): (88) 99667 4049
Email: oliveirafsilva@ibest.com.br

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [X] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
[ ] BRADESCO (237) [ ] BANCO DO BRASIL (001) [ ] ITAÚ (341)
[ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. ____ D/V ____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. ____ D/V ____ (Informar dígito se existir)

[X] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: BRADESCO S/A NRO. 237
AGÊNCIA NRO. 1302 D/V 1 (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. 3401 D/V 0 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ITATIRA/CE, 21 de DEZEMBRO de 2017
Local e Data

x antonia liliana Abreu de Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
8ª DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE
UNIDADE DE POLICIA DE CARIDADE

POLICIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DA OCORRÊNCIA
NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO
Nº B.O: 0055/2018
DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 17/01/2018 as 14h:50 min.
DATA/HORA DA OCORRÊNCIA:17/12/2017 às 14h30min.
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:RUA TIRADENTES COM AVENIDA ZEZÉ JUCA, DT. LAGOA DO MATO, ITATIRA/CE.
PONTO DE REFERENCIA:

HISTÓRICO: A noticiante compareceu à está Unidade Policial, onde fez o seguinte relatório; Que no dia, hora e local acima citado, vinha na garupada motocicleta de COD. RENAVAM 804481938 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN KSEPLACA HXA 0524, CHASSI 9C2JC30712R506059DE COR AZULANO/MODELO 2002 depropriedade do seu esposo ANTONIO IRAN DE SOUSA,quando os mesmos passavam pela rua acima citada ao passar por pedras soltas na via o contudo veio a perder o controle da motocicleta vindo a caírem ao solo, logo após o acidente a mesmo foi para o PSF de Lagoa do Mato onde apresentada trauma no joelho direito com escoriações pelo corpo e logo depois foi encaminhada para Hospital Regional . Que o escriavante informa que não teve nenhum tipo de atendimento por parte da Polícia, Corpo de Bombeiro ou Samu. E NADA MAIS DISSE E NEM FOI PERGUNTADO. //////////

INVESTIGAÇÃO E SEGURANÇA PÚBLICA
24 JAN. 2018
ENTRADA

DADOS DA NOTICIANTE.
Nome. ANTONIA LILIANA ABREU DE SOUSA
RG: 2017100785-3 SSPDS/CE CPF:225.449.568-28.
Data de Nascimento: 04/02/1979
Filiação: ANTONIA PAULINO DE ABREU
Endereço: AV. ZEZE JUCA Nº. 00127 DT LAGOA MATO, ITATIRA/CE CEP. 62.725-000.

Claudio Sergio Candido Barrocas
Chefe da Unidade Policial
Mat.: 28488-1-3

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:
MATRICULA: 28488-1-3
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: antonia liliana abreu de sousa

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01302-1

CONTA: 000000003401-0

Nr. Autenticação
BRADESCO10052018050000000000237013020000000340133750 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150677168 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JEFFERSON DA SILVA DE SOUSA **Data do acidente:** 10/02/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO E LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: SEM DEFICIT NEUROLOGICO.
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA,

Sequelas permanentes: NÃO APRESENTA DEFICT COGNITIVO E/OU MOTOR RELACIONADO COM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/08/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Seguradora Líder · DPVAT

seguro DPVAT 40 ANOS

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2015

Carta n°: 7528839

A/C: ANTONIO ARAUJO DE SOUSA

Sinistro:	**3150677168**
Vitima:	**JEFFERSON DA SILVA DE SOUSA**
Data Acidente:	**10/02/2015**
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 inicio 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

Seguradora Líder • DPVAT

seguro DPVAT 40 ANOS

Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2015

Carta n°: 7587189

A/C: ANTONIO ARAUJO DE SOUSA

Sinistro:	**3150677168**
Vítima:	**JEFFERSON DA SILVA DE SOUSA**
Data Acidente:	**10/02/2015**
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

seguro DPVAT 40 ANOS

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2015

Carta n°: 7674386

A/C: ANTONIO ARAUJO DE SOUSA

Sinistro:	**3150677168**
Vitima:	**JEFFERSON DA SILVA DE SOUSA**
Data Acidente:	**10/02/2015**
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 ARAUJO DE SOUSA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000004370**
Conta: **000006985-5**
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 tornozelo 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

Sinistro: ***3150677168 - 1***

Nome do(a) Examinado(a): ***JEFFERSON DA SILVA DE SOUSA***

Endereço do(a) Examinado(a): ***RUA JOAO CARNEIRO nº 15 - DE FATIMA - BOA VIAGEM/CE***

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:

Data local do exame: ***13/08/2015 BOA VIAGEM/CE***

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame fisico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnôstico(s)

TRAUMATISMO CRANIANO E LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sito provocada em acidente automobilistico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

[X] SIM [ ] NÃO

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA,

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.

SEM DEFICIT NEUROLOGICO.
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO A ESQUERDA.

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 acometico.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

[ ] Vitima em tratamento

Esta avaliaçaõ 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)

SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO ESQUERDO.

[ ] 10% [ ] 25% [X] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

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

[ ] Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - BOA VIAGEM, 13/08/2015

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM: 10570

Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM

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: 18/08/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO ARAUJO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04370

CONTA: 000000006985-5

Nr. da Autenticação 88C827D3C883D924

Outros
0029

SOLICITAÇÃO

Eu, **ANTONIO ARAUJO DE SOUSA** portador **RG:1937838-90 SSP/CE e CPF: 448.030.953-53**. Residente Na Rua Joao Carneiro de Oliveira – Bairro de Fatima – Boa Viagem – 63.870.00

Venho através desta carta solicitar uma nova reanálise processo sinistro **3150/325904 – MENOR JEFFERSON DA SILVA SOUSA** A vitima sofreu um corte profundo no supercílios do lado esquerdo e fratura de tornozelo esquerdo.

Para comprovar o agravamento das sequelas deste acidente mando em anexo o **LAUDO MEDICO.**

Por este motivo peço a Seguradora uma nova reanálise do processo, peço ainda que qualquer correspondência seja enviada para o meu endereço acima citado e o telefone para futuro contato é este **(88) 3427-1916 (88) 9950-0004 (88) 9266-8392 (88) 9950-0003.**

Agradeço antecipadamente pelo atendimento de minha solicitação.

BOA VIAGEM – CE, 28 DE JULHO DE 2015

antonio araujo de Sousa

ANTONIO ARAUJO DE SOUSA
RG: 1937838-90 SSP/CE
CPF: 448.030.953-53

CENTAURO-ON
03 AGO. 2015
DPVAT/RJ

CENTAURO-ON
Seguros para viver

Registro de Sinistro

DP.: 111
Processo: 3150/325904
Código: 713612

Unidade	Parceiro	Sub-Parceiro
CENTAURO RIO DE JANEIRO	M.S.A. SERVIÇOS DE	OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA

BO Nº	Data BO	DELEGACIA
132-3510/2015	31/03/2015	DELEGACIA DO 32 DISTRITO POLICIAL

Placa	Tipo de Veículo	IML
HUY-2858/CE	09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo	

Nome da Vítima	Tipo Sinistrado	Natureza
JEFFERSON DA SILVA DE SOUSA	1 - Transportado	2 - INVALIDEZ

Sexo Sinistrado	Data Nascimento	Tipo de CPF	CPF da Vítima	Data Ocorrência / Hora
MASCULINO	05/11/2000	1 - Menor		10/02/2015 / 19:00

Cidade	UF	CEP	Telefones
BOA VIAGEM	CE	63870-000	Fone: (88)3427-1916 / Cel: (88)99500-004

Email
atendimento@salek.com.br

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

Beneficiários

Nome / CEP / Profissão	Endereço / Complemento	Tipo Benef. / Bairro / Renda	Vínculo / Cidade	Dt.Nasc. / UF	CPF/CNPJ
ANTONIO ARAUJO DE SOUSA 63870-000 TRABALHADOR AGROPEC, FLORESTAL, PESCA E	RUA JOAO CARNEIRO 15	Beneficiário DE FATIMA R$ DE 1,00 A 1.000,00	ASCENDENTE (PAI, MÃE, BOA VIAGEM	13/08/1972 CE	448.030.953-53

Banco: 104 Caixa Econômica Fede Ag.: 4370 C/P 6985-5

Histórico

Data	Usuário	Situação
09/04/2015 13:21:56	MSA CINTIA	Pré-Cadastro não analisado
09/04/2015 15:52:36	MSA CAROLINA	Pré-Cadastro analisado e aprovado
13/04/2015 14:21:55	RIO JENIFFER	Proc. enviado p/ digitalização e análise da Seg. Líder
12/05/2015 09:08:14	RIO JENIFFER	Processo com restrições
12/05/2015 09:08:23	RIO JENIFFER	Processo Pendente (restr. regularizadas)
12/05/2015 09:17:03	RIO JENIFFER	Proc.retornou p/ Seguradora Líder (Aguardar Posição)
15/06/2015 10:15:31	MTZ GISELI	Processo Negado
18/06/2015 13:13:30	RIO TAIS	Processo Negado
Detalhes das restrições		
Sem Sequela		
30/07/2015 11:13:05	MSA ANDRESSA	Proc.Reaberto (analisado e aprovado)

CENTAURO-ON
03 AGO. 2015
DPVAT/RJ

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 713612 e a data de nascimento 05/11/2000 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!

Autorização de pagamento
"0014"

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, ANTONIO ARAUJO DE SOUSA,
PORTADOR(A) DO RG Nº 1937838-90 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 07 / 08 / 1990 E
CPF 448.030.953-53 /CNPJ ___.___.___-___, PROFISSÃO AGRICULTOR
E RENDA MENSAL DE R$ 200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JEFFERSON DA SILVA DE SOUSA, 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 ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA 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 SISDPVAT 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 múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT são 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

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A. 12 MAI 2015 DPVAT - RJ

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A. 17 ABR. 2015 UNIDADE RIO DE JANEIRO PROTOCOLO

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) 4370 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 6985-5

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.

BOA VIAGEM - CE, 18 de MARÇO de 2015 — LOCAL E DATA

Antonio Araujo de Sousa — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A. 13 ABR 2015 DPVAT - RJ

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.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

085-631577216-5

26/MAR/2015 HORA DF 15:13:56

LOT: 05.14427-8 TERM: 024832
LOCALIDADE: BOA VIAGEM
AG. VINCULADA: 4370 CONTROLE: 378789804

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4370 013 00006985-5

ANTONIO ARAUJO DE SOUSA

VALOR :

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

085-631577216-5

VIA DO CLIENTE

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
17 ABR. 2015
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO PLANALTE

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
12 MAI 2015
DPVAT - RJ

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
13 ABR 2015
DPVAT - RJ

713612

Boletim de Ocorrência
"0001"

GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 132 - 3510 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/03/2015 10:08:48**
Data / Hora da Ocorrência : **10/02/2015 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R LOCALIDADE DA SANTA CRUZ**

NAO INFORMADO BOA VIAGEM /CE
Ponto de Referência: **ZONA RURAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JEFFERSON DA SILVA DE SOUSA**
Nascimento : **05/11/2000**
REGISTRO CIVIL: **34799** Órgão Emissor: **CARTORIO** UF: **CE** - CPF:
Filiação: **ANTONIO ARAUJO DE SOUSA**
FRANCISCA EDNA DA SILVA
Endereço: **R JOAO CARNEIRO 15**

BOA VIAGEM CE BRASIL Telefone:

Histórico

Afirma o declarante que no dia 10 de fevereiro de 2015, por volta das 19:00 horas, Que seu filho JEFFERSON DA SILVA DE SOUSA vinha garupa da seguinte motocicleta de RENAVAM: 00899204597, Chassi 9C2JC30707R009912, Placa HUY 2858, Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN Ano de Fabricação 2006, Ano Modelo 2007, Cor PRETA, Tipo Veiculo MOTOCICLETA, Proprietário FRANCISCO ESTACIO MENDES DE SOUSA, quando o menor vinha na garupa do veiculo acima citado, onde noticiante ao passar em uma curva tentou desviou de um carro, e perdeu o controle do veiculo e vindo a cair ao solo, em decorrência do acidente o MENOR JEFFERSON DA SILVA DE SOUSA sofreu corte no supercílios esquerdo e varias escoriações no corpo do lado esquerdo, tendo sido socorrido e levado para hospital de Boa Viagem ¿ CE, de onde recebeu atendimento medico pelo plantonista DR. ARLINDO FLORENCIO DOS SANTOS CMR 4699, e em seguido foi liberado.

Noticiante(s)

Nome : **ANTONIO ARAÚJO DE SOUSA**
Endereço : **R VALQUIMAR BRASIL SANTOS 58**
Bairro : **DE FATIMA**
Município/UF : **BOA VIAGEM CE BRASIL** Telefone: **88 98202811**

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
12 MAI 2015
DPVAT - RJ

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : André de Almeida Lubanco
Escrivão de Polícia
Mat. 198401-1-5
ANDRÉ DE ALMEIDA LUBANCO - MAT.: 198401-1-5
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Antonio Araújo de Sousa
13 ABR 2015
VISTO DO DELEGADO(A) :
ÉVNA AMÉRICA DE AQUINO LEITÃO PAIXÃO - MAT.: 198340-1-8

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
DPVAT - RJ

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
17 ABR. 2015
CIDADE RIO DE JANEIRO

Certidão de Inexistência de IML
0004

DECLARAÇÃOE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, **ANTONIO ARAUJO DE SOUSA**, portador da carteira de identidade nº **RG: 1937838-90 SSP/CE** e inscrito no CPF/MF sob o nº**448.030.953-53**, residente e domiciliando na **RUA JOAO CARNEIRO – Nº 00015 – BAIRRO DE FATIMA**, Cidade **BOA VIAGEM**, 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:

(**X**) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência ; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localidade no Município em que resido realiza perícia 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 da via 9terrestre, 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 pericia 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 araujo de sousa

Assinatura do Declarante

Conforme documento de identificação

BOA VIAGEM – CE, 18 DE MARÇO DE 2015

LOCAL E DATA

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
17 ABR. 2015
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO PRINCIPE

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
19 ABR 2015
CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
DPVAT - RJ
12 MAI 2015
DPVAT - RJ

Certidão de nascimento
0011

ESTADO DO CEARÁ
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÓRIO GERALDINA - 1° OFICIO
PRAÇA MONSENHOR JOSÉ CÂNDIDO, 144 - BOA VIAGEM - CEARÁ
JOAQUIM BEZERRA SOBRINHO - Registrador
LUIS ELIARDO GADELHA DA SILVA - Escrevente

CERTIDÃO DE NASCIMENTO
(GRATUIDADE, LEI N° 9.534/97)

Certifico que as folhas 177v, do livro A-33, sob n° de ordem 34.799, foi lavrado o assento de nascimento de JEFFERSON DA SILVA DE SOUSA, do sexo MASCULINO, nascido(a) no dia CINCO (05) DE NOVEMBRO DE DOIS MIL (2.000), em BOA VIAGEM - CEARÁ, às 06:20 horas, filho(a) de ANTONIO ARAÚJO DE SOUSA e de dona FRANCISCA EDNA DA SILVA.
Sendo avós paternos, MANUEL PEREIRA DE SOUSA E MARIA JUCINELDE ARAÚJO DE SOUSA, e maternos ABEL VIEIRA DA SILVA E MARIA TEREZA DA CONCEIÇÃO SILVA.
Assento lavrado aos 30 DE MAIO DE 2.001, tendo sido o declarante OS PAIS DO REGISTRADO.
OBSERVAÇÃO :

O referido e verdade. Dou fé.

Boa Viagem, 30 DE MAIO DE 2.001.

Luis Eliardo Gadelha da Silva
REGISTRADOR
LUIS ELIARDO GADELHA DA SILVA
ESCREVENTE

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
12 MAI 2015
DPVAT - RJ

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
13 ABR 2015
DPVAT - RJ

CARTÓRIO GERALDINA 1° OFÍCIO
PRAÇA MONSENHOR JOSÉ CÂNDIDO, 144
TELEFAX (0xx88) 427-1016
BOA VIAGEM - CEARÁ
LUIS ELIARDO GADELHA DA SILVA
ESCREVENTE
SELO DE AUTENTICIDADE

Selo AA245966

Valido somente com o selo de autenticidade

ATO DECLARATÓRIO

Comprovação de ato declaratório
0005

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
Rua: São Vicente de Paula, Nº 100, Centro
Tel.: (88) 3427 1699 - (88) 3427 1136
CNPJ: 07.806.680/0001-84

FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 10 / 02 / 15 HORÁRIO: 20:59 h SEXO: (X) M ( ) F

NOME: Jefferson da Silva de Sousa DATA DE NASC. 05/11/2000

RG ____ CPF ____ CARTÃO DO SUS Nº ____

PAI: Antonio Araujo de Sousa MÃE: Fca Edna da Silva de Sousa

NATURALIDADE: Boa viagem PROCEDÊNCIA: S.V.S

ESTADO CIVIL: — PROFISSÃO: —

ENDEREÇO: João Carneiro de Oliveira Nº. 15

BAIRRO: B. Fatima CIDADE Boa viagem UF: CE

QUEIXA PRINCIPAL: Trauma

HDA: ____

EXAME FÍSICO: ____

EXAME SOLICITADOS: ____

MEDICAMENTOS: Soro + Cimax

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: Pcte apresentando escoriação em MIE + edema com superfícies e realizado sutura + curativo e liberado acompanhante moto

PESO ____ TEMPERATURA ____ PA ____

Antonio Araujo de Sousa

Dr. Antonio Florêncio dos Santos
CPF: 244.886.883-04
CRM: 6990
MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ESTA FICHA SÓ TERÁ VALIDADE PARA REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR COM CARIMBO E ASSINATURA DA DIRETORA DESTA UNIDADE DE SAÚDE.

Esta cópia confere com a original dos notas arquivadas.
Responsável C.S.A.M.

ROZIVALDA FERREIRA DE ALMEIDA
RESPONSÁVEL PELA C.S.A.M

CENTRO DE VIGILÂNCIA PREVIDENCIÁRIA
12 MAI 2015
DPVAT - RJ

Comprovante de residência
0015

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

.EU, **ANTONIO ARAUJO DE SOUSA** , portador do **RG : Nº 1937838-90** data da expedição **07/08/1990** Órgão **SSP/CE** **CPF: 448.030.953-53** Venho parente a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguido, anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA JOAO CARNEIRO
Número	Nº - 00015
Apto/Complemento	CASA
Bairro	DE FATIMA
Cidade	BOA VIAGEM
Estado	Ceara
CEP	63.870.000
Telefone de Contado	(88) 9950-0004 – (88) 8874-8777 – (88) 3427-1916 (88) 9950-0003 _ (88) 9266-8392
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

BOA VIAGEM – CE. 18 DE MARÇO DE 2015

VIDA E PREVIDÊNCIA
1 / ABR. 2015
UNIDADE DE ATENDIMENTO PROPOSTAS

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
12 MAI 2015
DPVAT - RJ

Antonio Araujo de Sousa

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
13 ABR 2015
DPVAT - RJ

Nº DO CLIENTE
5176079-7
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B 1 SÉRIE B-4 1 Nº

Rota 16 36040 02 021800 - 6
Data de Emissão 23/02/2015
Nome FRANCISCA EDNA DA SILVA
End. Postal RUA JOAO CARNEIRO 00015 - BOA VIAGEM - 63870000
Medidor 7070918
Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA
Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 943091403-00
CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Fev/2015	23/02/2015	23/03/2015

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

352F.9B18.3AF1.B370.1C0C.8E4F.9C08.1589

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto BOA VIAGEM
Mês Dez/2014 EUSD 15,84

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,67	10,86	21,73	0,00	0,00	0,00
FIC	3,43	6,85	13,70	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,29			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
12164	12049	1,00	115	0,00	30	0,13911	4,17
					70	0,23848	16,69
					15	0,35773	5,37
00.00.15	21/01/15		33.0168		115		26,23

VALOR (R$)

TELEFONES DE CONTATO

(88) 9950-0004 (88) 9950-0003
(88) 8874-8777 (88) 9266-8392
(88) 3427-1916

VENCIMENTO 02/03/2015 **PAGAR (R$)** 57,97

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	17,29
Transmissão	0,35
Distribuição	5,75
Encargos Setoriais	6,56
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1,53
TOTAL	37,97

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Mai	Abr	Mar
114	115	116	140	138	116	117	110	118	118	87	86	113

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO_2 (Kg/kWh)

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

Emitido kg(CO_2)	Compensado kg(CO_2)	Consciência Ecológica (% CO_2)
49,70	0,00	0 — 100

informações importantes e avisos de vencimento

PREVIO AVISO: CONTAS EM ATRASO
NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA
Prezado Cliente, constata(m) em nossos controles conta(s) em atraso. Segue o detalhamento do Debito. O nao pagamento da divida implica na possibilidade de suspensao do fornecimento da energia em 15 dias apos a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informacoes aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO E CARTORIO DE PROTESTO. Caso ja tenha pago desconsiderar.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R$
11/2014	47,78
01/2015	37,69
Total	85,47

Bandeira Tarifaria: VERMELHA
Consta desta fatura R$ 1,53 referente a PIS e COFINS.
(Res. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e Leis n. 10.637 02 e 10.833 03)
Em 2015 entrou em vigor o sistema de bandeiras tarifarias. A bandeira verde nao implicara cobrance adicional. As bandeiras amarela e vermelha, quando acionadas, implicarao tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geracao. Mais informacoes em www.aneel.gov.br.

Nº do Cliente: Referência:

OCORRÊNCIA

Documentação médico Hospitalar
0006

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
Rua: São Vicente de Paula, Nº 100, Centro
Tel.: (88) 3427 1699 - (88) 3427 1136
CNPJ: 07.806.680/0001-84
FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 10 / 02 / 15 HORÁRIO: 20:59 h SEXO: (X) M ( ) F

NOME: Jefferson da Silva de Sousa DATA DE NASC. 05/11/2000

RG ____ CPF ____ CARTÃO DO SUS Nº ____

PAI: Antonio Araujo de Sousa MÃE: Fca Edna da Silva de Sousa

NATURALIDADE: Boa viagem PROCEDÊNCIA: S.U.S

ESTADO CIVIL: — PROFISSÃO: —

ENDEREÇO: João Carneiro de Oliveira Nº. 15

BAIRRO: B. Fatima CIDADE: Boa viagem UF: CE

QUEIXA PRINCIPAL: Fumou bem

HDA: ____

EXAME FÍSICO: ____

EXAME SOLICITADOS: Fumo + Cruz

MEDICAMENTOS: ____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: Pcte apresentando escoriação em ME + corte em supercílio e realizado sutura e curativo e liberado acompanhante maior

PESO ____ TEMPERATURA ____ PA ____

Dr. Antonio Florêncio dos Santos
CPF: 248.896.083-04 CRM: 4900
MÉDICO

Antonio Araujo de Sousa

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ESTA FICHA SÓ TERÁ VALIDADE PARA REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR COM CARIMBO E ASSINATURA DA DIRETORA DESTA UNIDADE DE SAÚDE.

Esta cópia confere com a original dos nossos arquivos.
Responsável - CSAM

ROZIVALDA FERREIRA DE ALMEIDA
RESPONSÁVEL PELA C.S.A.M

Casa de Saúde Adília Maria
Rua São Vicente de Paula, 100
Centro - CEP 63870-000
Fone: (88) 3427-1136
Boa Viagem - Ce

CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
PRESTADOR
13 FEV 2015
DEPAT R.R.J

Documentação médico Hospitalar
0006

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Jefferson da Silva de Sousa	NÚMERO DO SINISTRO:
RG: CN: 34799 ORGÃO EXPEDIDOR:	CPF:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 10.02.12	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 10.02.12

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: [illegible]

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

pele, no
braço do MII
[illegible] no Tornozelo E

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

2c no Tornozelo E
E no braço

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? [ ]SIM [X]NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

[ ] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

[X] A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO ATINGIDO	CENTRALIZADOR
1º Fratura no Tornozelo (E)	
2º	03 AGO 2015
3º	
4º	
5º	DPVAT/RJ

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE: 10/02/12 A 27/07/12
QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO
[illegible]	27/07/12	Dr. [illegible] Filho CRM [illegible]

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNHO)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:
[illegible]

DATA DO ACIDENTE:
10 02 14

TRATAMENTOS CIRURGICOS OU CONSERVADORES REALIZADOS NO PACIENTE:

TRS ortopedico conservador

PERIODO DE PERMANENCIA HOSPITALAR:

24h

APÓS A ALTA HOSPITALAR, QUAIS OS OUTROS TRATAMENTOS REALIZADOS PELO PACIENTE. EX: TROCA DE GESSO, RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE, FISIOTERAPIA, ETC.

fisioterapia + [illegible]

DATA DA ALTA DEFINITIVA:
27 07 14

[illegible] 27/07/14 [illegible]

LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO

CENTAURO-ON
03 AGO. 2015
DPVAT/RJ

ATESTADO DE ALTA

Atesto que o paciente, Jefferson dos Santos Rocha

Vítima de acidente de trânsito ocorrido em, 10 02 / 15

Sofreu as Seguintes Lesões:

Trauma no MIE

Efetuou os seguintes tratamentos:

Fr ortopedia comum

Informo que os tratamentos foram efetuados durante o período de

10 / 02 / 15 à 27 / 07 / 15, tendo findado seu tratamento,

recebeu **ALTA DEFINITIVA** em 27 / 07 / 15.

Seqüelas em caráter permanente resultantes do acidentes:

Afundamento do Tornozelo

E

Limitação dos movimentos

Sao Luis — Local

27 / 07 / 15 — Data

Assinatura e Carimbo

CENTRALIZAÇÃO

03 AGO. 2015

DEVATRI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
16-I
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
antonio Araujo de Sousa
ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação
0012
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 1937838-90
DATA DE EXPEDIÇÃO 07.08.90
NOME ANTONIO ARAÚJO DE SOUSA
FILIAÇÃO Manuel Pereira de Sousa
Maria Jucineide Araújo de Sousa
NATURALIDADE Viagem-Ce.
DATA DE NASCIMENTO 13.08.72
Cert.Nasc.nº113,Liv.A-6,fls 110v.
DOC. ORIGEM Cart.do 1º Ofício
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
448.030.953-53

Nome
ANTONIO ARAUJO DE SOUSA

Nascimento
13/08/1972

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

TELEFONES DE CONTATO

(88) 9950-0004 (88) 9950-0003

(88) 8874-8777 (88) 9266-8392

(88) 3427-1916

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
12 MAI 2015
DPVAT - RJ

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
13 ABR 2015
DPVAT - RJ

Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 448.030.953-53

Nome da Pessoa Física: ANTONIO ARAUJO DE SOUSA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **15:49:39** do dia **09/04/2015** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **E6BB.1EA4.BAFE.9608**
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
12 MAI 2015
DPVAT - RJ

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
13 ABR 2015
DPVAT - RJ

00007

DENATRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011688525780
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	00899204597	0000000000	2014

NOME: FRANCISCO ESTACIO MENDES DE SOUS
BOA VIAGEM /CE

CPF / CNPJ	PLACA
82818371368	HUY2858/CE

PLACA ANT. / UF	CHASSI
/CE	9C2JC30707R009912

ESPÉCIE / TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN	2006	2007

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

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
********,**	**/**/**	1ª******** 2ª******** 3ª********

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
********	********,**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
			********

OBSERVAÇÕES: **********

LOCAL: BOA VIAGEM — DATA: 7/10/2014

Igor Ponte
Superintendente — EXPEDIDOR DETRAN-CE

CONTRAN

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

CE Nº 011688525780 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2014	3/10/2014

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	82818371368	HUY2858

RENAVAM	MARCA / MODELO
00899204597	HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB.	CÓD. TARIF.	Nº CHASSI
2006	09	9C2JC30707R009912

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
129,04	14,34	143,38

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
4,13	1,11	292,01

PAGAMENTO: [X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO — DATA DE COTAÇÃO: 10/10/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: 0C30E7009912 — 04896

CENTRO VITA E PREVIDÊNCIA S/A.
12 MAI 2015
DPVAT - RJ

CENTAURO·ON

Outros
0029

Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 713612

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	HUY-2858/CE

Nome da Vítima	**Natureza**
JEFFERSON DA SILVA DE SOUSA	2 - INVALIDEZ

Tipo Sinistrado	**Data Nascimento**	**Tipo de CPF**	**CPF da Vítima**	**Data Ocorrência**
1 - Transportado	05/11/2000	1 - Menor		10/02/2015

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

( ) Certidão Nº 132-3510/2015 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 ARAUJO DE SOUSA	Beneficiário	ASCENDENTE (PAI,	13/08/1972	63870-000	448.030.953-53

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

_____

_____

_____

Nota.: Para cada vitima 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 CE Data 09 ABR. 2015

Local da Entrega R.S. Data 09 ABR. 2015

Beneficiário

Centauro Vida e Previdência

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.

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
12 MAI 2015
13 ABR 2015
DPVAT - RJ
DPVAT - RJ

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41 , 4° 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

9150/325904

CENTAURO·ON

Registro de Sinistro

DP.: 111

Processo: 0000/713612

Código: 713612

Unidade	Parceiro	Sub-Parceiro
CENTAURO RIO DE JANEIRO	M.S.A. SERVIÇOS DE	OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA

BO Nº	Data BO	DELEGACIA
132-3510/2015	31/03/2015	DELEGACIA DO 32 DISTRITO POLICIAL

Placa	Tipo de Veículo	IML
HUY-2858/CE	09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo	

Nome da Vítima	Tipo Sinistrado	Natureza
JEFFERSON DA SILVA DE SOUSA	1 - Transportado	2 - INVALIDEZ

Sexo Sinistrado	Data Nascimento	Tipo de CPF	CPF da Vítima	Data Ocorrência / Hora
MASCULINO	05/11/2000	1 - Menor		10/02/2015 / 19:00

Cidade	UF	CEP	Telefones
BOA VIAGEM	CE	63870-000	Fone: (88)3427-1916 / Cel: (88)99500-004

Email
atendimento@salek.com.br

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

Beneficiários

Nome / CEP / Profissão	Endereço / Complemento / Renda	Tipo Benef.	Vínculo	Bairro	Dt.Nasc.	Cidade	CPF/CNPJ / UF
ANTONIO ARAUJO DE SOUSA 63870-000 TRABALHADOR AGROPEC, FLORESTAL, PESCA E	RUA JOAO CARNEIRO 15 R$ DE 1,00 A 1.000,00	Beneficiário	ASCENDENTE (PAI, MÃE, DE FATIMA		13/08/1972	BOA VIAGEM	448.030.953-53 CE

Banco: 104 Caixa Econômica Fede Ag.: 4370 C/P 6985-5

Histórico

Data	Usuário	Situação
09/04/2015 13:21:56	MSA CINTIA	Pré-Cadastro não analisado
09/04/2015 15:52:36	MSA CAROLINA	Pré-Cadastro analisado e aprovado

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
17 ABR. 2015
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROCESSO DE ANÁLISE

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
13 ABR 2015
DPVAT - RJ

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 713612 e a data de nascimento 05/11/2000 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!