

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170542019      **Cidade:** Acaraú      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RIVAN ROCHA PARA      **Data do acidente:** 29/04/2017      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA Perna Direita.

**Descrição do exame médico pericial:** MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DA PERNAS DIREITA, ATROFIA MUSCULAR QUADRÍCIPITAL DIREITA, EDEMA RESIDUAL DO TORNOZELO E PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA. O PACIENTE FEZ 50 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MID.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 24/10/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre de Oliveira Leal

**CRM do médico:** 16566

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

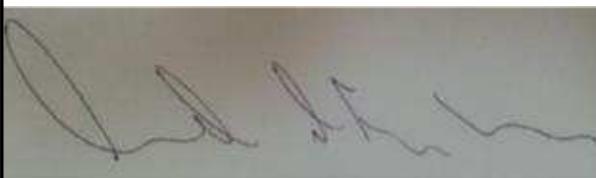
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170542019      **Cidade:** Acaraú      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RIVAN ROCHA PARA      **Data do acidente:** 29/04/2017      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA Perna DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DA PERNAS DIREITA, ATROFIA MUSCULAR QUADRÍCIPITAL DIREITA, EDEMA RESIDUAL DO TORNOZELO E PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA. O PACIENTE FEZ 50 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MID.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 24/10/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre de Oliveira Leal

**CRM do médico:** 16566

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

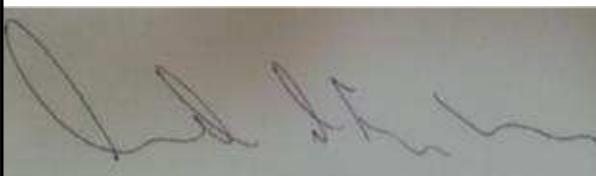
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**





Imprimir

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Rivan Rocha Paraí, brasileiro(a), estado civil RECUso, profissão RECUso, residente e domiciliado à Rua Edson Sales Mauro, nº 600, bairro Buriti, Município de Acarauá, Estado de(o) lvanó, Cep: 62580000, portador(a) do RG nº 2008.099015966, SSP/le... e CPF nº 028.824.553-99.

Outorgado: José Ivon de Almeida Paraí, brasileiro(a), estado civil RECUso, profissão RECUso, residente e domiciliado(a) à Rua Edson Sales Mauro, nº 600, bairro Buriti, Município de Acarauá, Estado de (o) lvanó, Cep: 62580000, portador (a) do RG nº 46059285, SSP/le... e CPF nº 543.534.323-20.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Rivan Rocha Paraí, ocorrido em 29/04/17, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



Acarauá - lvanó, 02, de Maio De 2017.

Reconheço a(s) firma (s) de	<u>Rivan Rocha Paraí</u>
Dou fé Acaraú 04/05/17	<u>met</u>
Em test <sup>o</sup> <u>Mel</u> da verdade	<u>Mel</u>
Márcio de Melo - Notário - Carmo - Titular	
Órgão: Poder Judiciário - Carmo - S. P. B. C. N.	

(cartório)

→ Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira





## PROCURAÇÃO

Outorgante: Rivan Rocha Pires, brasileiro(a), estado civil casado, profissão funcionário, residente e domiciliado à Rua Edson Sá da Mota, nº 600, bairro Bom Retiro, Município de São Paulo, Estado de(o) São Paulo, Cep: 02.550-000, portador(a) do RG nº 000.000.000-00, SSP/SP e CPF nº 023.324.563-95.

Outorgado: Ronaldo Evans da Fonseca Pires, brasileiro(a), estado civil casado, profissão funcionário, residente e domiciliado(a) à Rua Edson Sá da Mota, nº 600, bairro Bom Retiro, Município de São Paulo, Estado de (o) São Paulo, Cep: 02.550-000, portador (a) do RG nº 560.503-88, SSP/ SP e CPF nº 543.834.323-20.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Rivan Rocha Pires, ocorrido em 02/10/13, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Açucena - São Paulo, 02, de Novembro de 2017.

Rivan Rocha Pires  
Outorgante  
CPF Nº 023.324.563-95

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

SABEMI SEGURADORA S/A

04 OUT 2017

ccccccc





AUTO-ATENDIMENTO - ag. acarau  
DATA: 26/10/2017 HORA: 15:51:57  
TERMINAL: 19551014 CONTRA.F: 195510140411

AGENCIA: 1955 - ACARAU  
CONTA: 013.00054595-8  
CLIENTE: RYAN ROCHA PARRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCA

SALDOS POR DATA LIMITE  
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
25/10	

MOVIMENTAÇÃO  
DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR

Setembro

26/09	251707	DP DIN LOT	100,000
-------	--------	------------	---------

Outubro

05/10	051340	DP DIN LOT	
05/10	051242	SAQUE ATM	
13/10	000000	REM BASICA	
19/10	022000	CRED JUROS	
19/10	192549	ENVIO TEV	
25/10	000000	REM BASICA	
25/10	000000	CRED JUROS	
25/10	171013	TRANSF.RECURS 0(E/I)	

RESUMO EM 25/10

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

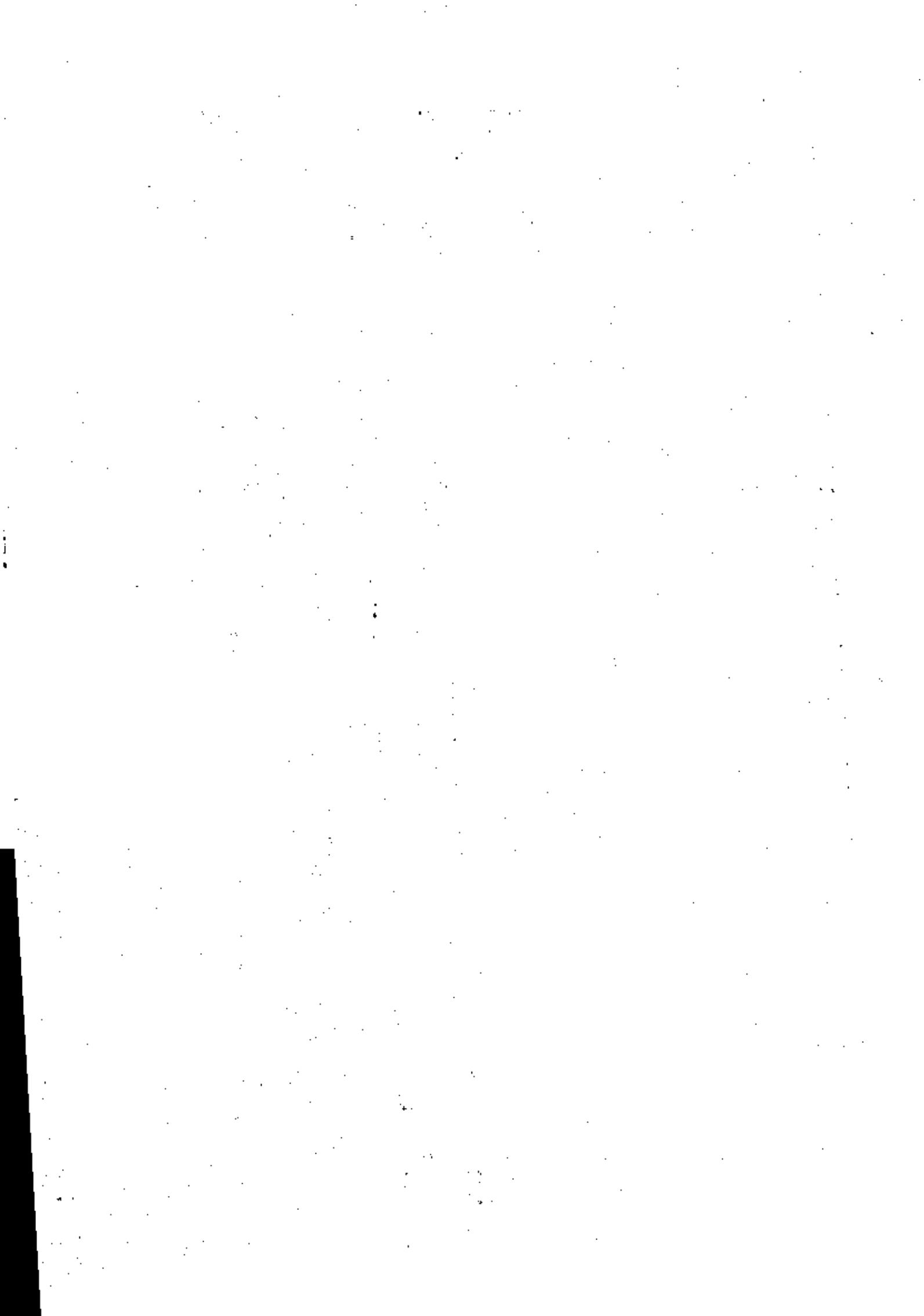
SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 2101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



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.

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	Nome completo da vítima
	028.824.553-99	Ruan Recha Panat

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Ruan Recha Panat	028.824.553-99	Mercado
Endereço	Número	Complemento
R - Edgar Sales Moura	600	3M
Bairro	Cidade	Estado
Sítio Buriti	Itaúna	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
raon.panat@gmail.com	62580-000	(88) 3661-1445

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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**

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO _____ Nro. _____	
<input type="checkbox"/> ENCAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
1055		54595	0
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir) (00 - 043)	
		(Informar digito se existir)	
		(Informar digito 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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Ruan Recha Panat 21 de Novembro de 2014.

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Eu, Rivan Rocha Pará, portador do CPF: 028.824.553-9  
RG: 2008099015966, residente na vila Edgar Sales Moura,  
número: 600, bairro Sítio Buriti, Acaraí - SC, declaro que  
conta de número: 00054595-0, agência: 1955 e operação  
13, da CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, está apta a receber  
depósitos ou transferências de qualquer valor desejado en-  
treos. Informação comprovada pelo gerente de pessoa  
única do Banco e agência citados acima.

Acordosamente, Rivan Rocha Pará.

---

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2017

Carta nº: 11799848

A/C: RIVAN ROCHA PARA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170542019 ASL-0387019/17

**Vitima:** RIVAN ROCHA PARA

**Data Acidente:** 29/04/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE IVAN DE ALMEIDA PARA

**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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2017

Carta nº: 11817024

A/C: RIVAN ROCHA PARA

**Sinistro:** 3170542019 ASL-0387019/17  
**Vítima:** RIVAN ROCHA PARA  
**Data Acidente:** 29/04/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE IVAN DE ALMEIDA PARA

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2017

Carta nº 11898664

A/C: RIVAN ROCHA PARA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170542019 ASL-0387019/17  
**Vitima:** RIVAN ROCHA PARA  
**Data Acidente:** 29/04/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE IVAN DE ALMEIDA PARA

**Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2017

**Carta nº 11922096**

**A/C: RIVAN ROCHA PARA**

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170542019 ASL-0387019/17  
**Vitima:** RIVAN ROCHA PARA  
**Data Acidente:** 29/04/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE IVAN DE ALMEIDA PARA

**Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2017

Carta nº 11957667

A/C: RIVAN ROCHA PARA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170542019 ASL-0387019/17  
**Vitima:** RIVAN ROCHA PARA  
**Data Acidente:** 29/04/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE IVAN DE ALMEIDA PARA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Carta n°: 12033695

A/C: RIVAN ROCHA PARA

Nº Sinistro: 3170542019  
Vitima: RIVAN ROCHA PARA  
Data do Acidente: 29/04/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE IVAN DE ALMEIDA PARA

**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: RIVAN ROCHA PARA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001955

Conta: 0000054595-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Certidão de Digitalização no IML

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, Rivan Rocha RanaPORTADOR(A) DO RG Nº 3008049015966EXPEDIDO POR CNJEM 26 / 10 /2014 ECPF 028.824.656-999 /CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO RECUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSO (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rivan Rocha Rana, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1955 N° da CONTA (com dígito, se existir) 54595-0

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

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1955 N° da CONTA (com dígito, se existir) 54595-0  
(LGP: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.

Acarai, le de 02 de Maio de 2017

LOCAL E DATA

*Rivan Rocha Rana*

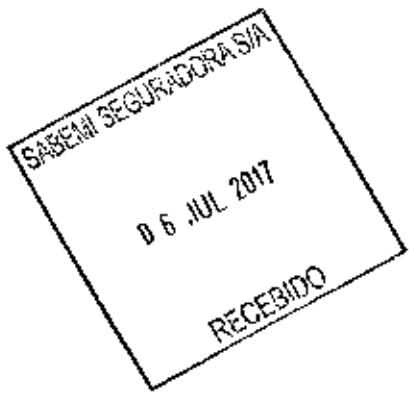
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO 06/10/2017

RECEBIDO

## ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiári/o/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidade permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Aviso de recebimento

0014-

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, Raimar Rocha PanaPORTADOR(A) DO RG Nº 2008010015066EXPEDIDO POR CNHEM 28 / 10 / 14CPF 02883245031-99 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO MEUJO

E RENDA MENSAL DE R\$ 2.000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Raimar Rocha Pana, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 145/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

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

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

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 021 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3955 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 84.895.0

020 : 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.

Assinei no dia 01 de dezembro de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

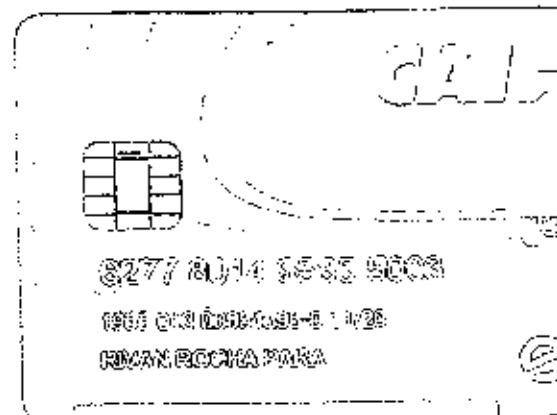
A assinatura é feita com uma caneta preta, com uma base retangular que contém o nome "Raimar Rocha Pana".

ACEITEI

## ! 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 previsão na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para mais informações sobre o conteúdo de Indenização, acesse [www.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 403 - 1563 / 2017

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **07/06/2017 10:01:29**

Data / Hora da Ocorrência: **29/04/2017 16:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA EXPEDITO FARIA**

Complemento:

Bairro: **CENTRO**

Município: **ACARAU/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **RIVAN ROCHA PARA**

Nascimento: **03/05/1995** CPF:

RG: **2008099015966** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**

Filiação: **RITA DE CASSIA ROCHA**

**JOSÉ IVAN DE ALMEIDA PARA**

Endereço: **RUA EDGAR SALES MOURA, 600**

Bairro: **SITIO BURITI**

CEP:

Município: **ACARAU/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(08) 89775-1645**

**Histórico**

Disse que é habilitado e trafegava em sua motocicleta modelo HONDA/CBX 200 STRADA, de placa HVX 5125, de cor PRETA, registrada no nome do declarante RIVAN ROCHA PARA, quando foi passava em um cruzamento e foi atingido por um veiculo de marca TOYOTA/COROLLA; Que foi socorrido por um popular que passava no local e levado para o hospital Dr. Moura Ferreira em um veiculo particular; Que devido as lesões sofridas o declarante foi transferido para a Santa Casa de Misericórdia de Sobral e após alguns dias transferido para o Hospital em Maracanaú onde passou por uma cirurgia; Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU

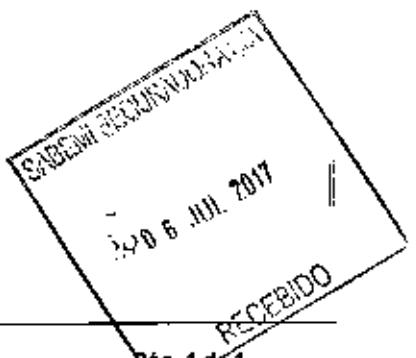
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Rivan Rocha Para

CONCEIÇÃO SOUZA SANTOS - MAT.: 30117514

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Rivan Rocha Para

VISTO DO DELEGADO(A) :

EVERTON JOSÉ PESSE - MAT.: 300854-1-8



# 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: 24/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RIVAN ROCHA PARA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01955

CONTA: 00000054595-0

---

Nr. da Autenticação 59ED462004861957

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM RN T.R.C. EXERCÍCIO:  
PRT 01 00735809380 0000000000 2016

NOME

RIVIAN ROCHA FARÁ

ACARAU /CE

CPF / CNPJ PLACA  
02882455399 HVX5125/CE

PLACA ANT. / UF CHASSI  
/CE 9C2HC2700YRC15835

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
FAS/MOTOCICLETA/GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CBX 200 STRADA 2000 2000

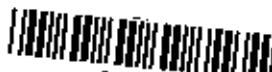
CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P / 19CV / 196CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA		VEIC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
I	P	1º ISENTO	1º ISENTO
V	A	2º NÃO	2º NÃO
F	D	3º	3º

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

OBSERVAÇÕES

LACARAU LOCAL DATA  
06/07/2016



Documentos de Identificação

GATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS  
RES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, À PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

**CE Nº 12851627068 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

TE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
E CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.dpvatsegurodetranito.com.br](http://www.dpvatsegurodetranito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1200

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2016 06/07/2016

VIA PLACA  
01 HVX5125

REF. MARCA / MODELO  
007380 HONDA/CBX 200 STRADA

ANO FAB. DATAS / CHASSI  
2000 09 9C2MC2700YRC15835

PRÊMIO TARIFÁRIO  
DENATHAN FR. CUSTO DO SEGURO (R\$)  
14,34 14,34

IOF (R\$) INTERESSE DO SEGURO (R\$)  
1,11 2,22

DATA DE QUITAÇÃO  
05/07/2016

MENTO PARCELADO



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COOL READING 2014-06-26 EXPEDITION  
PPT 01 00733809380 100000000000 2012

NO

CBT/CNFJ FLICK  
12892/53349 146110/CE

**CONFIDENTIAL** **NOFORN** **COMINT**

**HONEYWELL SISTEMAS INTEGRADOS** 2000 REGIÃO  
— CAP. FDI — DATE 20/5/94 — COR PREDOMINANTE

**PARTE** | PRETA |  
COTA ÚNICA | VENCO COTA ÚNICA | VENCO / COTAS

**PARCELA P.V.E. 1, COTIAS.**

- FRENTE TURIZMICO (F) — ICF (R) — PRÉ-ACO TOTAL (R) — DATA DE PAGAMENTO

**OBSERVAÇÕES**

LOCK DATA

ESTADO  
AUTOMÓ

448 200

**HAVOCO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS DE VIA TERRESTRE, OU PELA SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DE VIDA**

12851627066 2015-07-05 09:09:09 DEV

10.000 MILHÕES NO SEU BILHETE NO CÉU! NO DIA 10 DE JUNHO, FAÇA  
A SORTEIRIA DA VIDA, LEIA NO VÍDEO  
E FAÇA PARTE DA GRANDE MARCHA DA CONHECIMENTO.  
[www.conhecimento.com.br](http://www.conhecimento.com.br)  
100% DE REBATE, 100% DE SORTE.

- EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO  
2016 06/07/201

**CPV-CNPJ** **PLACA**  
3824550-99 - - - 4WX5125

09380 HONDA/CIVIC 200 STRADA

CHIPS  
47 9C2413139145035.

~~CONFIDENTIAL~~

NETE 例題 例題 例題

**MENTO** **EXCELENTE OUTAÇÃO** **08/02/2014**

RECEBIMENTO DURADOURO  
25/07/2012

CAIXA  
SOCIOECONÔMICA

www.caixa.gov.br  
OUVIDORIA DA CAIXA: 0800-725 7474  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Informações, reclamações, sugestões e elogios

RESUMO DO DIA	0,00	SALDO BLOQUEADO	1,10C
RESUMO EM 25/10	1,10C	SALDO DISPONÍVEL	1,10C
		SALDO TOTAL	1,10C

25/10	251707	DP DIN LOT	100,00C

MOVIMENTAÇÃO	DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR

SALDOS POR DATA LÍMITE	25/10	1,10
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012		

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

AGÊNCIA: 1955 - ACARAU	CONTA: 013.00054595-0	CLIENTE: RIVAN ROCHA PARA
AUTO-ATENDIMENTO - ag. acarau		
DATA: 26/10/2017	HORA: 15:51:57	TERMINAL: 19551014
		CONTROLE: 195510140411





## Pedido de Reanalise

Eu, Rivan Rocha Pani,

Rg: 2007099015966 e

Cpf: 028.824.553 - 99, solicito  
reanalise de meu processo de invalidez permanente  
de n. 51901311739, visto que estou mandando  
um novo relatório informando o grau da minha  
invalidez permanente.

Espero que os senhores compreendam a minha  
solicitação e assim possa dar procedimento ao  
processo concluindo com a Marcação de perícia e  
consequentemente efetuando o pagamento da  
indenização.

Atenciosamente,

Acaraú (ce), 04 de outubro de 2017

Rivan Rocha Pani



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170542019      **Cidade:** Acaraú      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RIVAN ROCHA PARA      **Data do acidente:** 29/04/2017      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/10/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de tibia direita

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## 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.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**