

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 PERNA DIREITA, ATROFIA MUSCULAR QUADRICIPITAL 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

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

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 PERNA DIREITA, ATROFIA MUSCULAR QUADRICIPITAL 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

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





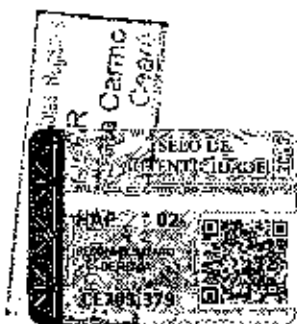
PROCURAÇÃO

Outorgante: Rivan Rocha Para, brasileiro(a), estado civil RECUSO, profissão RECUSO, residente e domiciliado à Rua Edgar Sales Moura, nº 600, bairro Buriti, Município de Acarai, Estado de(o) Maranhão, Cep: 62580000, portador(a) do Rg nº 2008099015966, SSP/LE e CPF nº 028.924.553-99.

Outorgado: Jose Ivan de Almeida Para, brasileiro(a), estado civil RECUSO, profissão RECUSO, residente e domiciliado(a) à Rua Edgar Sales Moura, nº 600, bairro Buriti, Município de Acarai, Estado de (o) Maranhão, Cep: 62580000, portador (a) do RG nº 86050385, 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 Para, 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.



Acarai - Maranhão, 02 de Maio de 2017.

Reconheço a(s) firma(s) de	<u>Rivan Rocha Para</u>
Dou fé Acaraí	<u>04/05/17</u>
Em testº	<u>meu</u> da verdade
<u>M. Almeida</u>	
Tabelião de Notas - Acaraí - Titular	
Cadastrado em 04/05/2017 - SUSEMA	

Rivan Rocha Para
Outorgante
CPF Nº 028.924.553-99

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





PROCURAÇÃO

Outorgante: Rivan Rocha Lima, brasileiro(a), estado civil Reverso, profissão Reverso, residente e domiciliado à Rua Edson Sales Moura, nº 600, bairro Barão, Município de Acaraú, Estado de(o) Ceará, Cep: 62550000, portador(a) do Rg nº 220353301598, SSP/CE e CPF nº 023.323.553-00.

Outorgado: Jose Ivan da Almeida Lima, brasileiro(a), estado civil Reverso, profissão Reverso, residente e domiciliado(a) à Rua Edson Sales Moura, nº 600, bairro Barão, Município de Acaraú, Estado de (o) Ceará, Cep: 62550000, portador (a) do RG nº 66950333, SSP/CE e CPF nº 543.534.323-00.

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 Lima, ocorrido em 20/09/17, 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.

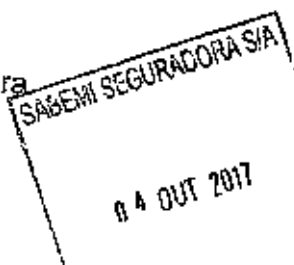


Acaraú - Ceará, 02, de Julho, De 2017.

Procurador(a) Rivan Rocha Lima
CPF nº 023.323.553-00
Assinado em 02/09/2017
Assinado em 02/09/2017

Rivan Rocha Lima
Outorgante
CPF nº 023.323.553-00

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira





AUTO-ATENDIMENTO - ag. 803780

DATA: 26/10/2017

HORA: 15:51:57

TERMINAL: 19551014

CONTRAF: 195510140411

AGENCIA: 1955 - ACARAU

CONTA: 013.00054895-8

CLIENTE: RIVAN ROCHA PARR

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA

VALOR

25/10

MOVIMENTACAO

DATA NR.DOC HISTORICO

VALOR

SALDO ANTERIOR

Setembro

25/09	251707	OP DIN LOT	100,000
-------	--------	------------	---------

Outubro

05/10	051340	OP DIN LOT	100,000
05/10	051342	SAQUE ATM	100,000
17/10	000000	REM BASICA	0,000
19/10	022000	CRED JUROS	0,000
19/10	192549	ENVIO TEV	100,000
25/10	000000	REM BASICA	1,000
25/10	000000	CRED JUROS	1,000
25/10	171013	TRANSF.RECURS	1,000

O(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

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 028.824.553-99	Nome completo da vítima Rivan Rocha Piana
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Rivan Rocha Piana		CPF titular da conta 028.824.553-99	Profissão Motorista
Endereço R - Edgar Sales Moura		Número 600	Complemento Zim
Bairro Sítio Barão	Cidade Araucária	Estado PR	CEP 82580-000
Email nao possui		Telefone (DDD) (88) 9661.1445	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRASESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGENCIA NRO. 1055 <small>(informar dígito se existir)</small>	D/V 	CONTA NRO. 54595 <small>(informar dígito se existir) (00-013)</small>	D/V
BANCOS Nome 	AGENCIA NRO. 	CONTA NRO. 	D/V
NRO. 	D/V 	D/V 	D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Araucária 21 de Novembro de 2014

Local e Data

Rivan Rocha Piana

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 rua Edgar Sales Moura,
número: 600, bairro Sítio Buriti, Acaraú - CE, 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 em
interior. Informação comprovada pelo gerente de pessoa
física do Banco e agência citados acima.

Atenciosamente, 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, 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, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 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.

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.

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.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Carta nº: 12033695

A/C: RIVAN ROCHA PARA

Nº Sinistro: 3170542019
Vítima: 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



0014

Certidão de Autenticidade em 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 Para
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2008099015966 EXPEDIDO POR CNH EM 28 / 10 / 2014 E
 CPF 028.824.553-99 / CNPJ 000000000-00000-00, 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 Para, 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, Inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), 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 _____ 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) 1955 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 54595-0
(op: 013)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Aconai de 02 de Maio de 2017

LOCAL E DATA

Rivan Rocha Para

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



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 Para
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2008019015965 EXPEDIDO POR CNH EM 28 / 10 / 14 E
 CPF 028824503-99 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO condutor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 3.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rivan Rocha Para, 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 025 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas 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), bem como o CPF cadastrado no SISEDPVAT 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 _____ 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) 0055 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 64295-0
 op: 013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Acandai-ce, 04 de Setembro de 2017
 LOCAL E DATA

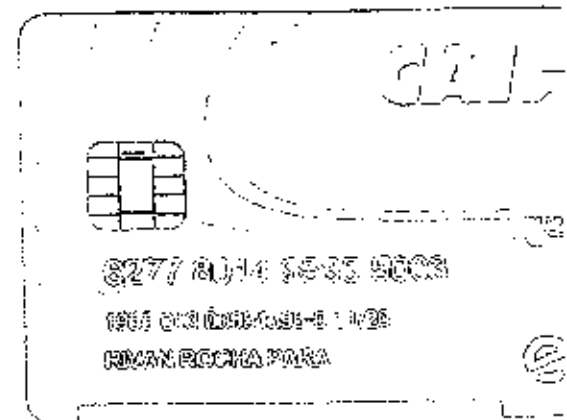
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

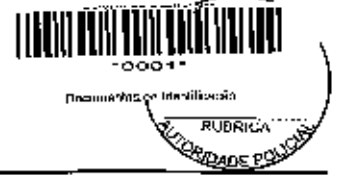


ATENÇÃO

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

Para saber mais sobre o Seguro DPVAT, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 FARIAS**
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

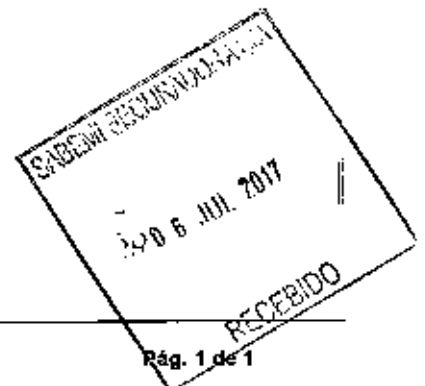
Disse que é habilitado e trafegava em sua motocicleta modelo HONDA/CBX 200 STRADA, de placa HVX 5125, de cor PRETA, registrada no nome do declarante RIVAN ROCHA PARA, quando foi passava em um cruzamento e foi atingido por um veículo de marca TOYOTA/COROLLA; Que foi socorrido por um popular que passava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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:  **CONCEIÇÃO SOUZA SANTOS - MAT.: 30117514**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

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: 000000054595-0

Nr. da Autenticação 59ED462004861957



Documentos de Identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012851627068
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PFT VIA CDD. RENAVAM RLT T.C. EXERCÍCIO
01 00735809380 0000000000 2016

NOME
RIVAN ROCHA PARA
ACARAU /CE

CPF / CNPJ PLACA
02882455399 HVX5125/CE

PLACA ANT. / UF CHASSI
/CE 9C2MC2700YRQ15835

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. 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 VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1º ISENTOS
2º NAO
3º NAO

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

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
ACARAU 06/07/2016

SEGURO
AUTOMÓVEL

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

CE Nº 12851627068 BILHETE DE SEGURO DPVAT

É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
IA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
S CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 06/07/2016

VIA CDD. RENAVAM RLT T.C. PLACA
01 00735809380 HVX5125

MARCA / MODELO
HONDA/CBX 200 STRADA

CHASSI
9C2MC2700YRQ15835

PRÊMIO TARIFÁRIO
DENAT (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
04 14,34 14,34

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

PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
05/07/2016



AUTO-ATENDIMENTO - ag. acarau

DATA: 26/10/2017

TERMINAL: 19551014

CONTROLE: 195510140411

AGENCIA: 1955 - ACARAU

CONTA: 013.00054595-0

CLIENTE: RIVAN ROCHA PARA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA

VALOR

25/10

1,10

MOVIMENTACAO

DATA

NR.DOC

HISTORICO

VALOR

SALDO ANTERIOR

2,13C

Setembro

25/09

251707

DP DIN LOT

100,00C

Outubro

05/10

051340

DP DIN LOT

400,00C

05/10

051942

SAQUE ATM

400,000

19/10

000000

REM BASICA

0,00C

19/10

000000

CRED JURIS

0,01C

19/10

192549

ENVIO TEV

100,000

25/10

000000

REM BASICA

0,00C

25/10

000000

CRED JURIS

0,01C

25/10

171019

TRANSF.RECURS

1,050

O(E/I)

RESUMO EM 25/10

SALDO

1,10C

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

0,00

SALDO DISPONIVEL

1,10C

SALDO TOTAL

1,10C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



AUTO-ATENDIMENTO - ag. acarau

DATA: 26/10/2017

HORA: 15:51:57

TERMINAL: 19551014

CONTROLE: 195510140411

AGENCIA: 1955 - ACARAU

CONTA: 013.00054595-0

CLIENTE: RIVAN ROCHA PARA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA

VALOR

25/10

1,10

MOVIMENTACAO

DATA

NR.DOC

HISTORICO

VALOR

SALDO ANTERIOR

2,130

Setembro

25/09

251707

DP DIN LOT

100,000

Outubro

05/10

051340

DP DIN LOT

400,000

05/10

051942

SAQUE ATM

400,000

19/10

000000

REM BASICA

0,000

19/10

000000

CRED Juros

0,010

19/10

192549

ENVIO TEV

100,000

25/10

000000

REM BASICA

0,000

25/10

000000

CRED Juros

0,010

25/10

171019

TRANSF.RECURS

1,050

O(E/I)

RESUMO EM 25/10

SALDO

1,100

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

0,00

SALDO DISPONIVEL

1,100

SALDO TOTAL

1,100

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



Pedido de Reanalise

Eu, Rivon Rocha Paes

Rg: 2008099015966 e

Cpf: 028.824.553 - 99, solicito
reanalise de meu processo de invalidez permanente
de n. 3140/331229, 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 setembro de 2017

Rivon Rocha Paes



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 tíbia 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:

