

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

---

## **Informações do Acidente**

Processo: 2013625037  
Nome da Vítima: Carlos Alberto Barbosa de Araujo  
Local do Acidente: FORTALEZA, CE  
Data do Acidente: 26/05/2013

## **Resultado da Avaliação apurada pelo Médico Examinador**

---

- I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

Sim     Não     Prejudicado

- II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

**Resposta: SISTEMA NERVOSO CENTRAL + MEMBRO INFERIOR DIREITO**

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

**Resposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DO FÉMUR DIREITO E TRATAMENTO CONSERVADOR DE TCE. EVOLUIU COM CLAUDICAÇÃO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO, CEFALÉIA, HIPOMNÉSIA**

- III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

Sim     Não

- IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que:

Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de exame(s) complementar(es).

O quadro cursa com disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação

**(X) O quadro cursa com dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.**

**SEQUELA FUNCIONAL POR CLAUDICAÇÃO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO, CEFALÉIA, HIPOMNÉSIA**

- V. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

Total (Dano anatômico ou funcional permanete que comprometa a íntegra do

patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

**(X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)**

Em se tratando de enquadramento como 'parcial' informar se o dano é 'completo' ou 'incompleto':

Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

**(X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)**

Segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as sequelas definitivas então identificadas.

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) sequela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                                  |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                  |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                                  |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                                                                            |                 |                                  |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                 |                 | <b>1ª Lesão   10% (residual)</b> |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital |                 |                                  |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                             |                 |                                  |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2ª Lesão</b> | <b>50% (média)</b>               |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                                  |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                      |                 |                                  |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |                                  |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                                  |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                                |                 |                                  |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                                                                                                                                                                                |                 |                                  |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                                                                                                                                                                       |                 |                                  |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                  |

## Identificação do Médico Examinador

---

Nome do Médico: Greive Freitas Cavalcante

Registro no CRM: CE 9050

Local do Exame: Fortaleza - CE

Data do Exame: 21/10/2013



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: 28/10/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.075,00

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

CLIENTE: CARLOS ALBERTO BARBOSA DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03238-7

CONTA: 000000140393-1

---

Nr. Autenticação

BRADESCO28102013050000000002370323800000140393607500 PAGO

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013625037

**Vítima:** CARLOS ALBERTO BARBOSA DE ARAUJO

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Cidade:** Fortaleza

**Data do acidente:** 26/05/2013

**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Natureza:** Invalidez

**Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 9050

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO FÊMUR DIREITO TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO

**Descrição do exame médico pericial:** COM CLAUDICAÇÃO À DIREITA, DIMINUIÇÃO MODERADA DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREIT, CEFALÉIA CRÔNICA, HIPOMNÉSIA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO E TRATAMENTO CONSERVADOR DE TCE

**Sequelas permanentes:** COMPROMETIMENTO MOVIMENTOS LIMITADOS DO MID, SENDO DEFINITIVO, PARCIAL E COM MODERADA REPERCUSSÃO COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO, COM DISCRETA REPERCUSSÃO.

**Sequelas :** Com sequelas

**Data da perícia:** 21/10/2013

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** Greive Freitas Cavalcante

**UF do CRM do médico:**

### DANOS

| <b>Dano</b>                                                                | <b>%</b> | <b>Dimensão</b> | <b>Graduação</b> |
|----------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|------------------|
| Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante | 100      | 1               | 10               |
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores                      | 70       | 1               | 50               |

**Valor avaliado:** 6.075,00

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013625037

**Cidade:** Fortaleza

**Natureza:** Invalidez

**Vítima:** CARLOS ALBERTO  
BARBOSA DE  
ARAUJO

**Data do acidente:** 26/05/2013

**Emissor do parecer:** Marcio  
Stolerman

**Seguradora:** Investprev  
Seguradora S/A

**Prestadora:** AMORIM E MATTOS SERVIÇOS  
MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**CRM do médico:** 52601178

### PARECER

**Data da análise:** 17/10/2013

**Valorização do IML:**

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** fratura de fêmur direito e traumatismo craniano (hematoma epidural)

**Resultados terapêuticos:** depende de exame pericial

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** mário

**UF do CRM do médico:**

### DANOS

| <b>Dano</b>          | <b>% Dimensão</b> | <b>Graduação</b>            |
|----------------------|-------------------|-----------------------------|
| Danos não definidos. |                   | <b>Valor avaliado:</b> 0,00 |



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2002012055112-2aV DATA DE EXPEDIÇÃO 8/9/2005

NOME CARLOS ALBERTO BARBOSA DE ARAUJO

FILIAÇÃO FRANCISCO JOSÉ PAULO DE ARAUJO  
E ANTONIA LUCIANA BARBOSA DE ARAUJO

NATURALIDADE FORTALEZA-CE DATA DE NASCIMENTO 6/3/1987

DOC ORIGEN CERT. NASC. 099336 L A 086 F

169V ANTO BEZERRA FORTALEZA/CE

CPF

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.110 DE 29/06/83

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO  
1004037



INVESTPREV  
04 OUT. 2013



DECLARO, PARA TODOS OS FINS, QUE O SR. CARLOS ALBERTO BARBOSA DE ARAÚJO SOFREU ACIDENTE DE MOTO, SEM CAPACETE, NO DIA 25 p.p., TENDO SIDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL FERNANDES TÁVORA COM FRATURA DO FEMUR D, SEM IMOBILIZAÇÃO, CORRENDO O RISCO DE LESÃO ARTERIAL GRAVE, RAZÃO PORQUE SOLICITO SUA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL ONDE POSSA SER FEITO O DEVIDO TRATAMENTO ORTOPÉDICO.

FORTALEZA, 07.06.13



DR. FLÁVIO LEITÃO  
CREMERC - 732

CPF - 000379743-00

|            |              |
|------------|--------------|
| INVESTPREV | 04 OUT. 2013 |
|------------|--------------|

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100

CDT - 0003243-00

CREMEC - 333

DE LA 770 LIAO

EORTA/FAV 02.06.13

DECRAO PARA TODOS OS LINS, ONE C 28, CARROS AFREIO  
GARRAÇA DE ALAVIÇO SOTERINI ACIDENTE GE MICO SEM CASACOTE NO  
DIA 23/04, LENHO SIDO TRANSFERIDA O HOSPITAL ERNESTO  
RISCO DE FERIA A GRANDE BASE BORGES CORRILHO G  
TRAVELERENCIAS PARA HOSPITAL GENE DE 40224 SER FHC O DEIXO  
TRANSMISSIONE O TOPEDECO

~~Carimbo de identificação~~

Norma Geral Bonbozé/Prontuário:  
de Ofício

Xerox - doações

- Xerox e originais da identidade e CPT

- Carvão profissional e PIS

- Comprovante de renda ou

- Ofício médico

\* Requerimento de benefícios por  
incapacidade preenchido

na entrada no INSS no  
de abertura do trabalho  
Data: 26/05/16

Assinatura e Carimbo de identificação

**PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
Rua Barão do Rio Branco, 1816 – Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.003 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).

# ATESTADO MÉDICO



Pronto Socorro  
de Acidentados

ATESTO que o segurado Chacó no nº 111-123456789,  
portador da carteira profissional nº 34,  
Série 15 (lote 123456789),  
necessita de 15 dias de afastamento do Trabalho, a partir desta data, por  
Motivo de S - 707)

**INVESTPREV**

|                     |
|---------------------|
| <b>04 OUT. 2013</b> |
|---------------------|

Ass do Médico - CRM nº  
G5

Fortaleza, 07/06/17

**NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto N.<sup>o</sup> 60.501, de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.**



# INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.:

O Sr.(a) Carlos Alberico B. Anjos

Foi atendido(a) neste Hospital no dia 25/05/13, às 13 h.

Tendo como causa do socorro ocul. h de nbo

desembolado em fio bruto da fision

(D) fransono Epitelial (TE)

Agrad cirurg no pronto

Observações:

Fortaleza, 26 de 05 de 2013

Médico de Plantão - CRM:

Prof. Dr. Maximiliano Porto

CRM-CE 9500 / TECOT 11239 / SBC

Clinica e Cirurgia da Coluna Velebra

ARS. ORTHOPAEDICA - TEL: 32110864

Rua: Carolina Sucupira, nº 1086

Assinatura do(a) Médico de Emergência Reg. de:

INVESTPREV

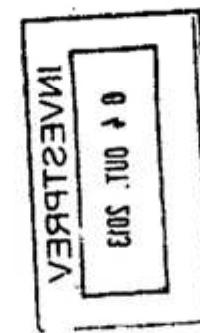
04 OUT. 2013

INFORMAÇÃO: ADRIANA (IRMÃ DO ACIDENTADO)

ACIDENTE DE MOTO

DIA 25/05/2013

AS 20:30 HS.

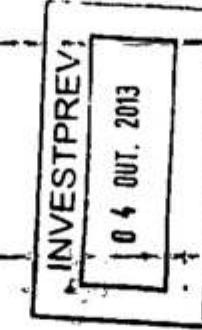


Furtat et al.

میں اپنے بھائی کو میراں  
کہاں کہاں پرستی کرتا  
لیکن اپنے بھائی کو  
میراں کے نام سے میں نہیں  
کہاں کہاں پرستی کرتا

187. *Lamprologus*

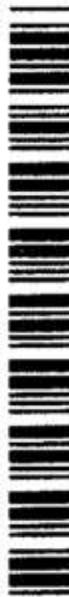
PRAKASHAN  
N. L. A. 414



TÉPÓDÉ A. 310A







## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Donaldo Alberto Bonhoppa de Andrade.

RG nº 20020202055112, data de expedição 29/05/05, órgão SSPCE

CPF nº 029 953 723-40 venho perante à este instrumento declarar que não posso comprovarante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residir no endereço abaixo descrito seguidamente, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

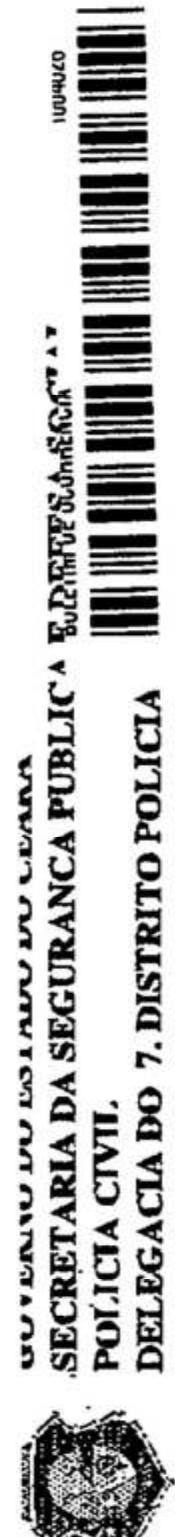
|                                   |                            |
|-----------------------------------|----------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | AU. Ten. Lúcio             |
| Número                            | 24                         |
| Apto / Complemento                | Ap. 302                    |
| Bairro                            | Panlito Pamplona           |
| Cidade                            | Fortaleza                  |
| Estado                            | Ceará                      |
| CEP                               |                            |
| Telefone de Contato               | (85) 3251 1385 / 8576-4120 |
| E-mail                            |                            |

Por ser verdade, firme-me.

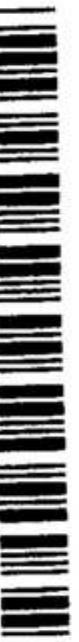
|              |
|--------------|
| INVESTPREV   |
| 04 OUT. 2013 |

Local e Data: Fortaleza 25.09.2013

Assinatura do Declarante: Donaldo Alberto Bonhoppa Andrade



1000400

POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIA

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 107 - 9746 / 2013

## Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 02/09/2013 21:17:52

Data / Hora da Ocorrência: 26/05/2013 09:30:52

Endereço da Ocorrência: AV OSCAR ARARIPE.

BOM JARDIM FORTALEZA / CE

Ponto de Referência:

## Dados da(s) Vítima(s)

Nome: CARLOS ALBERTO BARROSA DE ARAUJO

Nascimento : 06/03/1987

RG: 2002012055112 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CIP;

Mídiação: FRANCISCO JOSE PAULO DE ARAUJO

ANTONIA LUCIANA BARROSA DE ARAUJO

Endereço: R DOM HELDER CAMARA 80 Q B BL 27 APT302

CARLITO PAMPLONA

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone:

## Histórico

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A PISTA QUANDO FOI COLHIDO POR UMA MOTO DE PLACA IGNORADA, QUE A VITIMA CAIR NO CHÃO, FICANDO DESMALADO. OCSSIÃO EM QUE FOI SOCORRIDO PARA O UF-CENTRO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. MISTÉRIO POLICIAL

ESTRÍCULA: 108321-1-X

INFORMAÇÃO: 000105118103409 A PARAGUAY

DSTO DO DELEGADO(A):

Pinto  
Mai. 138/2013-6  
Daniel Reis  
Delegado  
Mistério

|              |
|--------------|
| INVESTPREV   |
| 04 OUT. 2013 |

LOGISTICS - DISTRIBUZIONE

四百九

POLY(1,4-PHENYLENE TEREPHTHALIC ACID) - 2001

WILHELMUS

**THE NEW TESTAMENT**

卷之三

卷之三

ΕΠΙΦΑΝΙΟΥ ΒΙΒΛΙΟΝ ΤΗΣ ΕΓΓΑΓΡΑΣ ΣΩ Ο ΡΗΤΟΣ ΗΛΙΟΣ  
ΕΠΙΦΑΝΙΟΥ ΒΙΒΛΙΟΝ ΤΗΣ ΕΓΓΑΓΡΑΣ ΣΩ Ο ΡΗΤΟΣ ΗΛΙΟΣ

KOMPAKTE, EINFACHE UND GLEICHZÄHLIGE

卷之三

THE HISTORY OF THE CHINESE IN AMERICA

卷之三

• 78 •

THE BEECHWOOD



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

&lt; 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, Carlos Alberto Barbosa de Andrade, PORTADOR(A) DO RG Nº 0200020120551.12, EXPEDIDO POR 55SPCE EM 08/09/2005 E CPF 02029953123 / CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO E RENDA MENSAL DE R\$ 2.000,00 / NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Caron Cezar D'Almeida, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASIXO 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE /ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS/  
BANCO 237 • AGENCIA 2007 (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 0140393 - 1

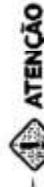
CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
BANCO 237 • AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 • AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
BANCO 341 • AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

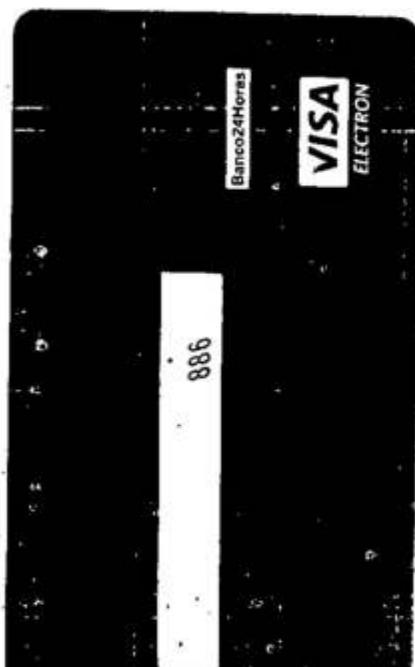
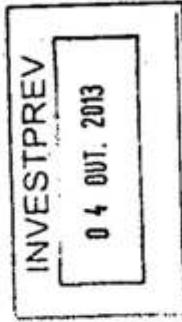
CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCO 104 • AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

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

LOCAL FortalezaDATA 25/09/2013ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) X CARLOS ALBERTO BARBOSA

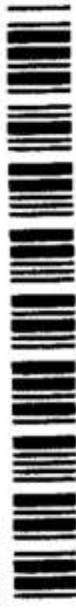
O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo 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.dpvatsegurodetransito.com.br](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



OUTROS

\*1004054\*



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI

Eu, Paulo Roberto Barbosa de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 2002012055112 e inscrito no CPF/MF sob o nº 029953723-40, residente, e domiciliado na Rua: Ten. Lisboa QR/27 AP 302 Condomínio Pampulha, Cidade Fonseca, Estado MG, declaro, sob as penas da lei, que, estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IMI para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IMI no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IMI localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IMI localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidade permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IMI, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Paulo Roberto Barbosa de Oliveira

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Dontalva, 25.09.2013

Local e data

|            |             |
|------------|-------------|
| INVESTPREV | 04 OUT 2013 |
|------------|-------------|

A

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

## DECLARAÇÃO

E, Paulo Alberto Bonfá de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 20020102055112 e inscrito no CPF sob o n.º 029-953 723 410, residente e domiciliado na Rua: Tm. Liboa Q3/07 PP302 Centro România.  
Cidade: Fortaleza, Estado: Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar, PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUINDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital Dr. José Freitas. Data de Entrada: / /  
Data de Saída: / /

localizado em: \_\_\_\_\_

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICO REALIZADOS.

Por esse motivo vêm através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro Dpvat (Lei nº 6.194/74).

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de Indenização do Seguro Dpvat, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação enviada.

Concordando desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Paulo Alberto Oliveira

Assinatura do Declarante

Fortaleza, 25.09.2013

Local e Data

|            |              |
|------------|--------------|
| INVESTPREV | 04 OUT. 2013 |
|------------|--------------|

04 OUT. 2013



Governo do  
ESTADO DO CEARÁ  
Inovação e Desenvolvimento

No de Inscrição:  
0005986222

## DADOS DO CLIENTE

Nome: MIRIRIA HELENA B DE ARRUDA

End. Leitura: AV TEN LISBOA, QD/27, AP302, CARLITO PAMPLONA

Cidade: FORTALEZA

End. Entrega:

Cidade: Litorânea

Setor: 038

Quadro: 0046

Subquadro: 00

CEP:

56300-340

Lote:

1174

Comp:

2172

## ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Publicitário: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDAS

Serviço: AGUAR

Medidor: A11F180549

Leitura Anterior: 17/07/2013

Leitura Atual: 17/08/2013

Emissão: 17/08/2013

Lata Água: 279.2244

Lata Esgoto:

Próxima Leitura: 17/09/2013

Lata Água:

Lata Esgoto:

Lata Água:

Lata Esgoto: