



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Jaguaretama
Processo:	00001084820188060198
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	14/06/2023 10:02:19

Partes

Solicitante:	SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
--------------	---

Arquivos

Petição:	2883938_CONTESTACAO_0 1 - 1-10.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 1-9.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 10-18.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 19-20.pdf
Documentação:	2883938_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-29.pdf
Documentação:	2883938_CONTESTACAO_A nexo_02 - 30-37.pdf
Procuração/Substabeleciment o:	SUBSTABELECIMENTO_SU PERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/11/2015
NUMERO DO DOCUMENTO:	315053867703
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04047

CONTA: 000000028364

Número da Autenticação

DBEAFBD3D5933D54



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Augusto P de Sousa

RG nº 58.922.7014, data de expedição 12/08/14, Órgão SSP

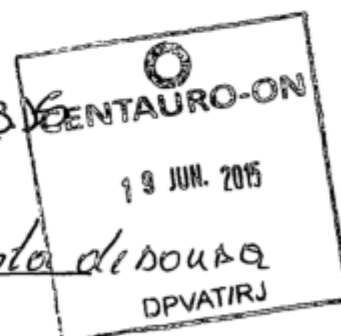
CPF nº 049.686.023-24 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>P. Ti de Doca</u>
Número	<u>199</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Enho</u>
Cidade	<u>Jaguariúna</u>
Estado	<u>GO</u>
CEP	<u>63490-000</u>
Telefone de Contato	<u>88 3515 16 30</u>
E-mail	<u>residencia.mbp@gmail.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pedra Branca 10.03.15

Assinatura do Declarante: Francisco Augusto Pimenta de Sousa



DO CLIENTE
4015269-3
 Para agilitar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Rua Padre Valdeirino, 150
 CEP 60135-010 Fortaleza CE
 CNPJ nº 25.10001-70 CGF 06 105 848-3
 A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO 1) - SÉRIE 1011 366946524

Rota 02 17030 13 217500 - 0 Data de Emissão 03/12/2014

Nome **ANTONIA LUCIMAR DA SILVA SANTOS**

End. Postal **RU ZE DE DOCA 00199 CUNJ HABIT D FELICIA**
JAGUARIBARA JAGUARIBARA - 63400000

Medidor: 25029670

Posto 0000 B66N

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 852129204-00

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Dez/2014	03/12/2014	05/01/2015

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Via a sugerida no verso desta conta.
 Conjunto **SEBRA DO FIGUEIREDO**
 Mês **Out-2014** **EURO 20,18**

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
15070		

Padrão Individual

	Apuração Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,71	11,82	21,64	1,13	1,13	1,13
FIC	3,55	7,10	14,20	1,00	1,00	1,00
DMIC	2,46			1,13		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1069,4680,FE02,7F04,2401,0579,CF02,72F6

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
4112	3996	116	116	0,00		0,22	25,52
03/12/14	05/11/14	30	116				24,00

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS	VALOR (R\$)
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,25

VENCIMENTO 10/12/2014

TOTAL A PAGAR (R\$) 24,28

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	16,16
Transmissão	0,20
Distribuição	6,30
Encargos Setoriais	0,30
Tributos (PIS-COFINS)	0,59
TOTAL	24,28

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)
85	116	96	167	76	63	79	49	53	68	115	68

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (Kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Coelce.
 Emitido kg(CO₂) 50,14 Compensado kg(CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (% CO₂) 8

Informações importantes e avisos de vencimento

PREZADO(A) CLIENTE: A SUA CONTA DE LUZ, APÓS O VENCIMENTO, DEVERÁ SER PAGUA, PREFERENCIALMENTE, NAS AGÊNCIAS, CORRESPONDENTES OU CANAIS ELETRÔNICOS DOS BANCOS SANTANDER, BRASECO OU BANCO DO BRASIL.

COELCE AGRADECE E PARABORIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

CENTAURO-ON

JUN. 2015

DPVAT/RJ

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150538677 **Cidade:** Jaguaretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA **Data do acidente:** 07/11/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM MSE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150538677 **Cidade:** Jaguaretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA **Data do acidente:** 07/11/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura de punho E

Descrição do exame médico pericial: Orientado; contactuante; bom estado geral; conversa normalmente em tom coloquial, caminha normalmente, manipula seus pertences sem dificuldades; Grau de força preservada globalmente. Punho E: Flexão (0-90°): 50° ,Extensão (0-90°): 45°, Desvio ulnar (0-45°): 0° ,Desvio radial (0-25°):sem limitações funcionais . Com leve atrofia de antebraço D (26 cm D/27 cm E). Cicatriz cirúrgica compatível com passagem de dois fios percutâneos em punho E, sem sinais flogísticos.

Resultados terapêuticos: Segurado vítima de acidente de moto. Realizou tratamento cirúrgico no hospital Monumento. Refere que após a retirada dos fios do punho não manteve acompanhamento médico. Punho E: Flexão (0-90°): 50° ,Extensão (0-90°): 45°, Desvio ulnar (0-45°): 0° ,Desvio radial (0-25°):sem limitações funcionais . Com leve atrofia de antebraço D (26 cm D/27 cm E).

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/08/2015

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de São Paulo.

Médico examinador: Giuliana Raucci Negrete

CRM do médico: 122145

UF do CRM do médico: SP

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

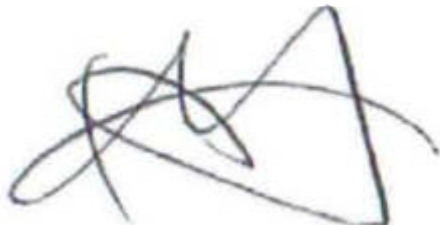
Mozes e Sztrajman Médicos Associados S/C Ltda

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA** Sinistro: **3150538677** Data: **07/11/2014**

Endereço do(a) Examinado(a):

Avenida Tenente Amaro Felicíssimo da Silveira, 33, ap 12 - Parque Novo Mundo - São Paulo - SP - CEP 02177-010

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /SP**] **589227014**

Data local do exame: [**19/08/2015**] **São Paulo** [**SP**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
fratura de punho E. Orientado; contactuante; bom estado geral; conversa normalmente em tom coloquial, caminha normalmente, manipula seus pertences sem dificuldades; Grau de força preservada globalmente. Punho E: Flexão (0-90°): 50°, Extensão (0-90°): 45°, Desvio ulnar (0-45°): 0°, Desvio radial (0-25°): sem limitações funcionais. Com leve atrofia de antebraço D (26 cm D/27 cm E). Cicatriz cirúrgica compatível com passagem de dois fios percutâneos em punho E, sem sinais flogísticos.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

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

Segurado vítima de acidente de moto. Realizou tratamento cirúrgico no hospital Monumento. Refere que após a retirada dos fios do punho não manteve acompanhamento médico. Punho E: Flexão (0-90°): 50°, Extensão (0-90°): 45°, Desvio ulnar (0-45°): 0°, Desvio radial (0-25°): sem limitações funcionais. Com leve atrofia de antebraço D (26 cm D/27 cm E).

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do punho esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Punho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Augusto Pimenta de Sousa

RG nº 58.922.79.4, data de expedição 12/08/14, Órgão SP-SP

CPF nº 049.686.023.24, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Ten Amaro F. Silveira</u>
Número	<u>33</u>
Apto / Complemento	<u>Ap 12</u>
Bairro	<u>PRQ Novo Mundo</u>
Cidade	<u>São Paulo</u>
Estado	<u>São Paulo</u>
CEP	<u>02677-020</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 3515-1630 ou (87) 99905-0065</u>
E-mail	<u>persteviambraga@Yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Petropolis, RJ 31.07.15

Assinatura do Declarante: Francisco Augusto Pimenta de Sousa





CHRYSLER SPARK

PC 18

FRANCISCO EDENILSON PIMENTA
AV TEN AMARCO SILVEIRA 33 AP 12
PRQ NOVO MUNDO
02177-010 SAO PAULO SP



7211094230175400000

Post date 12/03/2015

Ver. 21/03/2015

File No: 70/03/2015

Fecha de entrega de la obra: 16/04/2015

Francisco Ed Wilson Pimental
4393 XXXX XXXX, 1936

[illegible]

Washington

21/03/2015

16 JANUARY 1985

14032

parcelamento do R\$
saído do cartão

24 X

84,95

informações adicionais



THE

1. The first step is to identify the problem.
 2. The second step is to analyze the problem.
 3. The third step is to develop a solution.
 4. The fourth step is to implement the solution.
 5. The fifth step is to evaluate the results.

12

1.000 (10)

892.17

35000

1000.00

Lar.

F-35A

DAI

22/10

29/0

20/0

20/05

2010

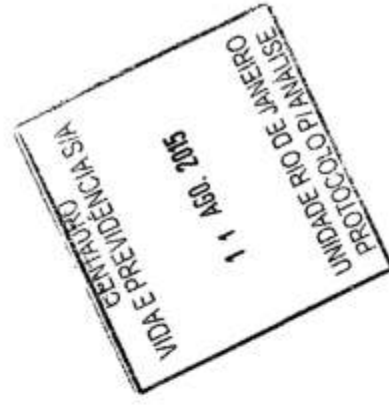
25/11/83

93575

CEPTEL
VIDA E PREVIDÊNCIA S

1-1-101

Eu Francisco Augusto Pimenta de Sousa portador do
RG 58.922.701.4 e CPF 049.686.023.24 venho pedir para
permanecer a minha pericia para este novo endereço, pois
estou pendendo nesta nova localidade Av. Ten Amaro F. Silveira
no bairro TRD Novo mundo na cidade de São Paulo-SP.
O meu número é 3150 538677.



Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2015

Carta nº: 7196696

A/C: FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA

Sinistro: 3150538677
Vitima: FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA
Data Acidente: 07/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2015

Carta nº: 7311380

A/C: FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA

Sinistro: 3150538677
Vítima: FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA
Data Acidente: 07/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2015

Carta nº: 7416133

A/C: FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA

Sinistro: 3150538677
Vitima: FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA
Data Acidente: 07/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/06/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/11/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2015

Carta nº: 7614731

A/C: FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA

Sinistro: 3150538677
Vítima: FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA
Data Acidente: 07/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Declaração de estorno

Eu João Augusto Pimenta de Sousa, portador do

RG: 58.922.701-4 e CPF: 049.686.023-24. Declaro que, conforme o solicitado pela Seguradora Líder, informo que compareci à minha agência e regularizei todas as pendências que havia em minha conta:

BANCO: 104.

AG: 4047.

() C/C (X) CP: 28364-8.

Sendo assim, está apta a receber qualquer quantia em depósito. Desde já agradeço a compreensão, fico no aguardo da reprogramação do pagamento.

Ass: Francisco Augusto Pimenta de Sousa



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3150/538677

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, João Augusto Pimenta de Sousa S
 PORTADOR(A) DO RG Nº 58922704-4 EXPEDIDO POR SSP/Pe EM 12/08/14 E
 CPF 049686023-29 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Aprentiz
 E RENDA MENSAL DE R\$ 788,00 (•) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Augusto Pimenta de Sousa AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

- Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:
- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
 - Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
 - Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
 - Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
 - CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
 - Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4047 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28364-8

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.

João Augusto Pimenta de Sousa S LOCAL E DATA João Augusto Pimenta de Sousa S 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.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. ALDEOTA

DATA: 09/10/2015

TERMINAL: 09191693

HORA: 16:42:58

CONTROLE: 091916930447

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 0754 / SENADOR POMPEU

CONTA : 013.00.012.789-4

NOME : MARCOS BONIECK OLIVEIRA LIMA

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 4847 / PARQUE NOVO MUNDO

CONTA : 013.00.020.364-8

NOME : FRANCISCO A PIMENTA DE SOUSA

VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 09/10/2015

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

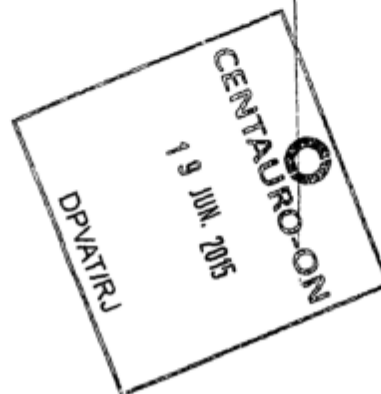


HOSPITAL MUNICIPAL
SANTA ROSA DE LIMA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CACULDA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

BOLETIM DE OBSERVAÇÃO/ SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: <u>João Augusto Pimenta de Sousa</u>		Idade: <u>DN: 07.05.91</u>
Mãe: <u>Francisca Trânsito Pimenta</u>		<u>230</u> CNS:
End.: <u>Rua Zé de Deus</u>		PSF:
Bairro: <u>Centro</u>		Fone:
Naturalidade: <u>Glauce</u>	Cidade: <u>Glauce</u>	RG:
		CFF:
Data e hora de entrada: <u>07/11/2014 17:17</u> HS		Data e hora da saída: _____ HS
Queixe Principal:		
Motivo do Atendimento:		
HDA <u>frases sobre o que</u> <u>advers, dor.</u>		
Hipótese Diagnóstica: <u>frases sobre o que</u>		
Temperatura:	Peso:	P.A.: _____ Altura:
Exames Complementares:	☒ Raio X	☐ Ultrassom
	☐ ECG	☐ TC ☐ Sangue ☐ Urina
		☐ Outros



~~Concell~~: Strophilites Con olations

19:50

19:50 19:50

19:50 19:50

19:50



PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBAI

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/ CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

1 - Preencher esta ficha em 3 vias
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entre vias ao usuário atendendo-o para retornar com a unidade de origem

UNIDADE DE ORIGEM: _____ PRONTUÁRIO Nº _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____

Nome: Fco AUGUSTO SIMONTE DE SOUSA Prontuário Nº.: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Idade: 23 Ocupação: URBANO

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: PACIENTE COM FRATURA EM ANTEBRAÇO
ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE MOTO HA 4 DIAS

Conduta já Realizada: _____

Resultados dos Exames: RX DO ANTEBRAÇO E

Impressão Diagnóstica: Fratura em antebraço E

Assinatura do Encaminhamento ao Registro Méico Função 11.11.14 Data _____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: TRAUMATOLOGISTA

Unidade de Referência: _____ Data _____ Hora _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: _____/_____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: PRINCIPAL _____

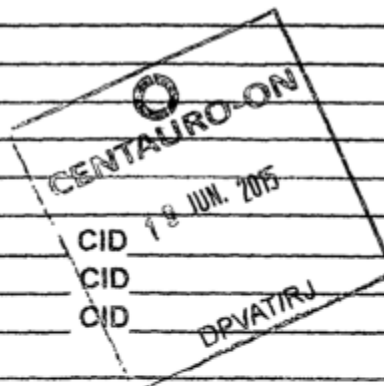
SECUNDÁRIO 1 _____

SECUNDÁRIO 2 _____

Conduta Realizada: _____

Proposta da Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐



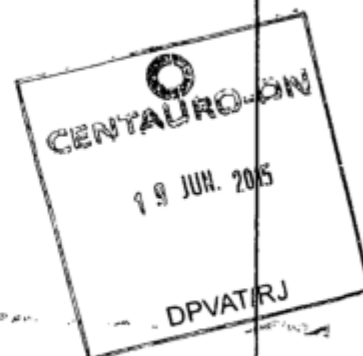


PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBARA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Augusto Pinheiro de Jesus
Volto

Rx antibiótico 500mg
Ap - profil



DATA

11/14

MÉDICO - CRM

CRM 03148

SAÚDE, UM DIREITO DE TODOS!

VALEIMAGEM - CLINICA DE IMAGENS MÉDIA
FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA
10/11/2014 78014

Exame:

Qtde.:

RX ANTEBRAÇO ESQUERDO (AP/P)

1



CENTAURO-ON
19 JUN. 2015
DPVAT/RJ
CONTINUAÇÃO DOS R

CONTINUAÇÃO DOS RETORNOS

DATA RETORNO	HORA	DATA	HORA
28/11/14	13:00		
4.5			
26.12	14:00		
19/11/15	19:00		
27.01.15	13:00		



CARTÃO DE RETORNO	
CENTRO DE ESTUDO DO HÍMEN	
Nome	Francisco Augusto
Idade	18/11/19
Sexo	M
Endereço	16.12.14
ORTOPEDIA	
FAVOR CONFIRMAR A CONSULTA NA RECEPÇÃO DA INTERNAÇÃO	SR. PACIENTE: - Ao retornar apresentar este cartão - Traga orientações médicas horário para ser atendido



CENTRO DE ESTUDO DO HOSPITAL MONUMENTO

Ortopedia

Oftalmologia

Otorrinolaringologia

CENTAURO-ON

19 JUN 2015



CENTRO DE ESTUDO DO HOSPITAL MONUMENTO

Ortopedia

Oftalmologia

Otorrinolaringologia

RELATÓRIO MÉDICO DO TRATAMENTO

Nome:

Francisco Augusto Pimenta de Sousa

Informamos que o paciente supra citado é portador de

DIAGNÓSTICO

fratura punho @

CID (S-62)

Início do tratamento:

18/11/14

Conduta

retirada de sutura

Tempo provável para tratamento afastado do serviço:

15 dias

Observações:

São Paulo, 20/01/15

Dr. Eduardo Marcos Martins
CRM: 85799

Assinatura Médica - Carimbo

Francisco Augusto Pimenta de Sousa

use int

clafexina 500 mg — 3cx

tomar 01 cp @ 6/6 h por 15 dias

clonazepam 1000 — 1cx

tomar 01 cp @ 8/8 h por 5 dias

clonazepam 20 mg — 1cx

tomar 01 cp @ 12/12 h por 15 dias

20/01/15

Dr. Eduardo Marcos Martins
CRM: 85799



CENTRO DE ESTUDO DO HOSPITAL MONUMENTO

Ortopedia

Oftalmologia

Otorrinolaringologia

CENTAURO-ON

19 JUN. 2015



DPVATR

CENTRO DE ESTUDO DO HOSPITAL MONUMENTO

Ortopedia

Oftalmologia

Otorrinolaringologia

RELATÓRIO MÉDICO DO TRATAMENTO

Nome:

Francisco Augusto Pimenta de Sousa

Informamos que o paciente supra citado é portador de

DIAGNÓSTICO fratura punho ☺
CID (S-62)

Início do tratamento:

18/11/14

Conduta

retirada de sutura

Tempo provável para tratamento afastado do serviço:

15 dias

Observações:

São Paulo,

20/01/15

Dr. Eduardo Marcos Martins
CRM. 85759

Assinatura Médica - Carimbo

Francisco Augusto Pimenta de Sousa

ure-int

efalexina 500 mg — 3cx

Tomar 01 cp ☺ 6/6 h por 15 dias

clonazepam 1000 — 1cx

Tomar 01 cp ☺ 8/8 h por 5 dias

limpazol 20 mg — 1cx

Tomar 01 cp ☺ 12/12 h por 15 dias

20/01/15

Dr. Eduardo Marcos Martins
CRM. 85759



CENTRO DE ESTUDO DO HOSPITAL MONUMENTO

Ortopedia - Oftalmologia - Otorrinolaringologia

CENTAURO-ON

19 JUN. 2015



DPV-RTIRJ

CENTRO DE ESTUDO DO HOSPITAL MONUMENTO

Ortopedia - Oftalmologia - Otorrinolaringologia

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Franisco Augusto Limentar de

Data da Internação: 20/11/14

Origem: Hospital Casa Verde

Diagnóstico: Fratura punho (E)

Tratamento realizado: Uso de gesso

21/11/14

Observação - Fratura punho (E)

No momento da alta esta sendo entregue a receita com as medicações necessárias, orientação por escrito para a realização de curativos diários, data e hora de retorno ambulatorial neste hospital.

Seguindo as orientações médicas fornecidas no momento da alta, mantenha o repouso orientado, use as medicações conforme prescrito, faça os curativos diariamente e retorne no dia e hora marcados para a reavaliação ambulatorial.

Data da Alta: 22/11/2014

Franisco Augusto Limentar de
Assinatura do paciente ou responsável

Dr. Frederico Silva de Almeida Prado
CRM. 94699
Assinatura do médico

5842-7044
Nome e número do documento

RELATÓRIO MÉDICO DO TRATAMENTO

Nome: Franisco Augusto

Limentar de Almeida

Informamos que o paciente supra citado é portador de
DIAGNÓSTICO fratura punho
CID (S62)

Início do tratamento: 11/11/14

Conduta fratura punho (E)

Tempo provável para tratamento afastado do serviço: 30 dias

Observações: _____

São Paulo, 22/11/14

[Assinatura]
Assinatura Médica - Carimbo

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

8600-9

COPIA

CARTeira DE IDENTIDADE

0695

19 JUN 2 1991

0012

Documentos de Identificação

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

58.922.701-4 12/AGO/2014

FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA

FRANCISCO EMILSON SILVA DE SOUSA

E FRANCISCA IRANILDE PIMENTA DE SOUSA

JAGUARIBE -CE 07/MAI/1991

JAGUARIBARA-CE

JAGUARIBARA

CN:LV.A029/FLS.212V/N.006968

049686023/24

201 Delegado Divisionário

Roberto de Almeida

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **049.686.023-24**

Nome da Pessoa Física: **FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA**

Data de Nascimento: **07/05/1991**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/08/2008**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **10:37:54** do dia **16/06/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **F839.03D9.952A.17A3**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 730680

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

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			Placa OSI-1842/CE	
Nome da Vítima FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA			Natureza 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 07/05/1991	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 049.686.023-24	Data Ocorrência 07/11/2014

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

- () Certidão Nº 470-249/2015 da autoridade policial sobre a ocorrência;
- () DUT Nº _____ () _____ () _____
- () RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____
- () RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA	Vítima	VITIMA	07/05/1991	63490-000	049.686.023-24

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

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

Local do Aviso _____

Local da Entrega _____

Beneficiário

Data 16 JUN. 2015  **CENTAURO-ON**

Data 16 JUN. 2015 19 JUN. 2015

Centauro Vida e Previdência

Atenção :

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

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

Centro - Cep: 20031-007

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

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

RIO DE JANEIRO - RJ

31501538677.



CENTAURO-ON

Registro de Sinistro

DP.: 111

Processo: 0000/730680

Código: 730680



Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO		Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE		Sub-Parceiro MARCOS BONIECK OLIVEIRA	
BO N° 470-249/2015		Data BO 17/03/2015		DELEGACIA DEL REGIONAL DE JAGUARETAMA	
Placa OSI-1842/CE		Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			IML
Nome da Vítima FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA				Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Natureza 2 - INVALIDEZ
Sexo Sinistrado MASCULINO	Data Nascimento 07/05/1991	Tipo de CPF 0 - Possui CPF		CPF da Vítima 049.686.023-24	Data Ocorrência / Hora 07/11/2014 / 17:22
Cidade JAGUARIBARA		UF CE	CEP 63490-000	Telefones Fone: (88)3515-1630	
Email atendimento@salek.com.br					
Qtde.Benef. 1	Data Óbito	Médico			Valor(INVALIDEZ)

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CPF/CNPJ
CEP	Endereço	Complemento	Bairro	Cidade
Profissão	Renda			UF
FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA	Vítima	VITIMA	07/05/1991	049.686.023-24
63490-000 RUA ZE DA DOCA 199			JAGUARIBARA	CE
TRABALHADOR AGROPEC, FLORESTAL, PESCA E		R\$ DE 1,00 A 1.000,00		
Banco: 104 Caixa Econômica Fede Ag.: 0750 C/P 24925-4				

Histórico

Data	Usuário	Situação
11/06/2015 17:47:47	MSA LETICIA	Pré-Cadastro não analisado
16/06/2015 10:37:22	MSA GABRIELA	Pré-Cadastro analisado e aprovado



Atenção :

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

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

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

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

RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauro-on.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 730680 e a data de nascimento 07/05/1991 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!



Seguradora Líder DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDEN



AT

Nº _____ 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, nem com dados de terceiros. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização.

Beneficiário: Francisco Augusto P. de Sousa
 Nome do Autor: 08.922.71.4 EXPEDIENTE POR: SSP EM: 10/08/14 E
 Nº do Sinistro: 049686023-24 / CNPJ: 000000000000000000 PROFISSÃO: Agente
 DA MENSAL: 1800 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA TITULAR: Francisco Augusto P. de S. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O PAGAMENTO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

A Circular Sussef nº 12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a manter cadastro das pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre a renda e a faixa de renda mensal.

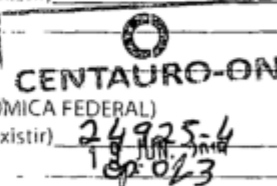
Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- 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 - caso o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCI - para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCI - para o 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA - para o 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 SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

ALERTA: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, pois isso pode gerar problemas bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação bancária.

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 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 750 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24925-4

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.

Francisco Augusto P. de Sousa 2015 x Francisco Augusto P. de Sousa
 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 em data do acidente) e 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 precatório nº 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.dpvatseguirododotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 470 - 249 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/03/2015 08:59:15**
Data / Hora da Ocorrência : **07/11/2014 17:22:00**
Endereço da Ocorrência: **AV MELANIAS BEZERRA**

CENTRO JAGUARIBARA /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO AUGUSTO PIMENTA DE SOUSA**
Nascimento : **07/05/1991**
RG: **589227014** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 04968602324**
Filiação: **FRANCISCO EMILSON SILVA DE SOUSA**
FRANCISCA IRANILDE PIMENTA DE SOUSA
Endereço: **R ZE DE DOCA 199**
CONJ HABIT D FELICIA
JAGUARIBARA CE BRASIL Telefone:

Histórico

Afirma o noticiante que no dia 07 de novembro do ano 2014, por volta das 17h22min, quando a vítima trafegava no endereço supro, numa motocicleta HONDA/POP 100 , cor PRETA, ano/mod 2012/2012, placa OSI1842-CE, chassi-9C2HB0210CR511679, em nome de Antônio Avelino dos Santos, quando conduzia o veículo se deparou com o pneu traseiro do veículo derrapou na areia, tentou desviar, perdeu o controle do veículo e veio a cair no solo; QUE após o acidente a declarante foi socorrida para o Hospital Municipal Santa Rosa de Lima, localizado no Centro de Jaguaribara-CE, onde teve os primeiros atendimentos pelo Dr. Fcº Holanda Albuquerque; QUE em razão do acidente foi examinada e o resultado foi confirmado Trauma em joelho esquerdo; QUE diante do ocorrido veio a esta Delegacia de Polícia Civil registrar o fato bem como para efeitos legais e comprobatórios. E nada mais disse. //

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVÃO AD JOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Francisco Augusto Pimenta de Sousa*

VISTO DO DELEGADO(A) :

KARINA DANIELA XAVIER DE LARA - MAT.: 088961-3



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Francisco Augusto Pimenta de Sousa, portador da carteira de identidade nº 38.922.743-4 e inscrito no CPF/MF sob o nº 049.686.028-2, residente e domiciliado na R. Z. de Deus, Cidade Jaguatama, Estado PA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Francisco Augusto Pimenta de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

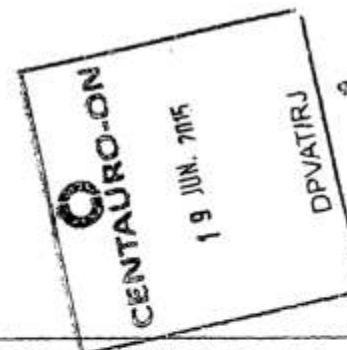
Pedra Branca 10.03.15

Local e data





Atto declaratório



HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ROSA DE LIMA		PREFEITURA MUNICIPAL DE JACAREZAPÁ SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO	
BOLETIM DE OBSERVAÇÃO/ SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Nome: <u>Dr. Augusto Pimenta de Souza</u>		Idade: <u>DN: 07.05.91</u>	
Mãe: <u>Francisca Inês de Pimenta</u>		<u>230</u>	CNS:
End: <u>Rua Zé de Deus</u>		PSF:	
Bairro: <u>Centro</u>		Fone:	
Naturalidade: <u>Flora</u>	Cidade: <u>Flora</u>	RG:	
		CPF:	
Data e hora de entrada: <u>07/11/2014 17:11</u>		Data e hora da saída: _____ HS	
Queixa Principal:			
Motivo do Atendimento:			
HDA: <u>francisco celso souza</u> <u>admis, doente</u>			
Hipótese Diagnóstica: <u>francisco celso souza</u>			
Temperatura:	Peso:	P.A.:	Altura:
Exames Complementares:	☒ Raio X	☐ Ultrassom	☐ TC
	☐ ECG	☐ Outros	☐ Sangue
			☐ Urina