

**CENTAURO**
S.A. - SEGURO DE VIDA**Registro de Sinistro**DP.: **116**Processo: **2010/050253**Código: **109253**

Unidade SALEK REGULADORA		Parceiro ZELIA FARIAS	Sub-Parceiro ZELIA	
BO Nº 45/2008	Data BO 06/01/2008	DELEGACIA DPI/ 8A. DR DE CANINDE-CE		
Placa HYE-0559/CE	Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		IML NC	
Nome da Vítima IVONETE RIBEIRO DA CRUZ		Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Natureza 2 - INVALIDEZ	
Sexo Sinistrado MASCULINO	Data Nascimento 18/06/1984	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 008.705.393-45	Data Ocorrência / Hora 27/8/2004 /
Cidade SANTA QUITERIA	UF CE	CEP 62280-000	Telefones	
Email				
Qtde. Benef. 1	Data Óbito	Médico	Valor(INVALIDEZ) 0,00	

Beneficiários

Nome	CEP	Endereço	Tipo Benef.	Vínculo	Bairro	DTNasc.	Cidade	CPF/CNPJ	UF
Profissão			Complemento	Renda					
IVONETE RIBEIRO DA CRUZ			Vítima	VITIMA		18/06/1984	SANTA QUITERIA	008.705.393-45	CE
62280-000 RUA RAIMUNDO TORRES MUNIZ, 768									
Banco: 237 Banco Bradesco S.A. Ag.: 0724-2 C/C 0502228-2									

Restrições

* APRESENTAR AINDA, ATENDIMENTO PELO(A) CORPO DE BOMBEIROS, OU POLICIA MILITAR E CIVIL OU ANJOS DO ASFALTO OU CONCESSIONÁRIA SIMILAR OU INQUÉRITO POLICIAL OU AVISO DE SINISTRO EM SEGURADORA AUTO.

Histórico

Data	Usuário	Situação
20/02/2008 09:16:26	RJ FERNANDA	Pré-Cadastro não analisado
20/02/2008 09:16:45	RJ FERNANDA	Pré-Cadastro com restrições
20/02/2008 12:07:40	RJ FERNANDA	Pré-Cadastro com restrições
Detalhes das restrições		
APRESENTAR A CÓPIA DO BOLETIM DE 1º ATENDIMENTO MÉDICO COM A DATA DO DIA DO ACIDENTE.		
29/02/2008 14:47:57	RJ ALEXBONDIOLI	Pré-Cadastro analisado e aprovado (L)
06/03/2008 10:00:19	RJ ANDRE	Proc. enviado p/ Seguradora Lider p/ análise
14/03/2008 16:07:37	RJ ALEXANDRE	Processo com restrições
Detalhes das restrições		
PROCESSO RETORNOU DA FENASEG, INFORMANDO QUE "TENDO EM VISTA QUE, DIANTE AUSÊNCIA DE LAUDO POR INEXISTÊNCIA DE IML, TRATA-SE DE SINISTRO SUJEITO A ANÁLISE QUANTO À PRESCRIÇÃO, A CONTINUIDADE DA REGULAÇÃO DEPENDERÁ DA APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA RELATIVA AO ATENDIMENTO/TRATAMENTO DA VÍTIMA AO LONGO DO TEMPO, NA QUAL CONSTE OBJETIVAMENTE A DATA DA SUA ALTA DEFINITIVA"		
27/05/2008 12:29:37	RJ FRANCOIS	Processo com restrições
10/06/2008 13:10:15	RJ IGOR	Processo Pendente (restr. regularizadas)

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.

R SENADOR DANTAS, 80, 17º ANDAR CENTRO - Cep: 20031-204

Tel.: (21) 2297-1212 Fax: (21) 2297-1212

e-mail: alexandre.almeida@salek.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 109253 e a data de nascimento 18/06/1984 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!



11/06/2008 18:21:59	RJ ALEXBONDIOLI	Proc.retornou p/ Seguradora Líder (Aguardar Posição)
07/07/2008 15:00:09	RJ FRANÇOIS	Processo com restrições
30/07/2008 14:55:17	RJ ELIZABETH	Processo Pendente (restr. regularizadas)
31/07/2008 12:55:54	RJ ANDREA	Proc.retornou p/ Seguradora Líder (Aguardar Posição)
25/08/2008 11:49:24	RJ FRANÇOIS	Processo com restrições

Detalhes das restrições

SEGUNDO A SEGURADORA LÍDER:
DOCUMENTOS ENCAMINHADOS (NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE) SEM DATA DO REGISTRO E RESURADAS.

07/09/2008 09:56:01	RJ ALLYSON	Processo com restrições
---------------------	------------	-------------------------

Detalhes das restrições

PENDÊNCIA MANTIDA. FOI ENVIADO O RELATORIO MEDICO DE INVALIDEZ, CUJO DOCUMENTO NÃO SUPRE AS NECESSIDADES DA FENASEG.
FAVOR. ENVIAR O B.A.M. COM DATA NÃO RASURADA

23/11/2009 15:05:29	RJ PEDRO	Processo Pendente (restr. regularizadas)
24/11/2009 11:14:25	RJ PEDRO	Proc.retornou p/ Seguradora Líder (Aguardar Posição)
24/11/2009 11:15:46	RJ PEDRO	Processo com restrições

Detalhes das restrições

Enviar autorização de pagamento com opção de crédito em conta

10/07/2010 15:35:25	RJ VANESSA	Processo Pendente (restr. regularizadas)
19/02/2010 14:16:10	RJ VANESSA	Proc.retornou p/ Seguradora Líder (Aguardar Posição)
17/03/2010 14:47:54	RJ FRANÇOIS	Processo com restrições
09/05/2010 15:09:26	RJ PEDRO	Processo com restrições

Detalhes das restrições

Pendência mantida. Documento enviado não supre a necessidade do processo

Segundo a Seguradora Líder: "Devolvemos o processo mantendo os critérios definidos, visto que os documentos exigidos fazem parte do processo de regulação do sinistro e são imprescindíveis para comprovação do nexo-causal da ocorrência do sinistro"

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 Líder, gerado o número Megadata.

R SENADOR DANTAS, 80, 17º ANDAR CENTRO – Cep: 20031-204
Tel.: (21) 2297-1212 Fax: (21) 2297-1212
e-mail: alexandre.almeida@salek.com.br
RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 109253 e a data de nascimento 18/06/1984 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!



GOVERNO DO ESTADO DE RONDONIA
Secretaria de Defesa, Segurança e Cidadania
Direção Geral da Polícia Civil
Delegacia Regional de Rolim de Moura
1ª Delegacia de Polícia



CERTIDÃO

Elizangela Galindo Leite
Escrivã de Polícia de Rolim de Moura – RO.

CERTIFICA: Que não há prédio em Rolim de Moura, bem como Alta Floresta D' Oeste, Santa Luzia e Nova Brasilândia do Instituto Médico Legal – IML, no entanto, o médico legista Dr. Vagner Aureliano Brocal, atende toda a regional de Rolim de Moura. Dada e Passada nesta cidade e Comarca de Rolim de Moura/RO, aos vinte e três (23) dias do mês de setembro (09) do ano de dois mil e onze (2011). Eu,.....
Elizangela Galindo Leite
Escrivã de Polícia, Elizangela Galindo, Escrivã de Polícia
Mat. 300103883
Judiciária que a digitei e assino.*****

Do que para constar, lavro este termo.

Elizangela Galindo Leite
Escrivã de Polícia
Mat. 300103883

Rolim de Moura / RO, 23 de setembro de 2011.



TABELIONATO MACILLOO
ROLIM DE MOURA - RO
A presente fotocópia contém o original autenticado. Dúvida, Valido
somente com o selo de fiscalização.
Valor recebido pelo Tabelião: R\$ 2,41

06/09/2011

☐ Ministério Público - Estado de Rondônia
☐ Ministério Público de Rondônia - Escrevoria Autenticada
☐ Polícia de Rondônia - Escrevoria Autenticada



Rio de Janeiro, 10/03/2010
DPVAT/SIN - 11880/2010

Para: Centauro Vida e Previdência S/A

A/C: V. Salek Consultoria e Reg. Seguros Ltda / Sr. Vicente Salek

REF: Devolução de Processos de Sinistros DPVAT

Devolvemos o(s) processo(s) mantendo os critérios definidos, visto que os documentos exigidos fazem parte do processo de regulação do sinistro e são imprescindíveis para comprovação do nexo-causal da ocorrência do sinistro.

Essa solicitação está sendo feita em função da impossibilidade da referida comprovação nos documentos inicialmente apresentados.

Sinistro(s)
2010/050253

Atenciosamente

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistro

P- 100/035207/2010-001
GSB
Anexo: conf. texto



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 10/03/2010
DPVAT/SIN - 11880/2010

Para: Centauro Vida e Previdência S/A

A/C: V. Salek Consultoria e Reg. Seguros Ltda / Sr. Vicente Salek

REF: Devolução de Processos de Sinistros DPVAT

Devolvemos o(s) processo(s) mantendo os critérios definidos, visto que os documentos exigidos fazem parte do processo de regulação do sinistro e são imprescindíveis para comprovação do nexo-causal da ocorrência do sinistro.

Essa solicitação está sendo feita em função da impossibilidade da referida comprovação nos documentos inicialmente apresentados.

Sinistro(s)
2010/050253

Atenciosamente

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistro

P- 100/035207/2010-001
GSB
Anexo: conf. texto

CENTAURO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº DO SINISTRO: _____

EU, Ivoneite Ribeiro da Cruz, PORTADOR(A) DO
RG Nº 200201698250, EXPEDIDO POR SSPCE EM (DATA) 15/08/2002,
CPF: 008.905.393-45 CNPJ: _____ NA QUALIDADE DE
FAVORECIDO(A)/BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO
SEGURO OBRIGATORIO DPVAT DA VITIMA:

Ivoneite Ribeiro da Cruz, AUTORIZO A
SEGURADORA/REGULADORA CENTAURO VIDA E PREVIDENCIA A EFETUAR O RESPECTIVO
PAGAMENTO/CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA INDICADA:

- 1 - ☒ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE:
Nº BANCO: 237 Nº AGÊNCIA: 0924-2 Nº C/C: 0502228-2
- 2 - ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
Nº BANCO: 237 Nº AGÊNCIA: _____ Nº C/P: _____
- 3 - ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
Nº BANCO: 001 Nº AGÊNCIA: _____ Nº C/P: _____
- 4 - ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
Nº BANCO: 341 Nº AGÊNCIA: _____ Nº C/P: _____
- 5 - ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Nº BANCO: 104 Nº AGÊNCIA: _____ Nº C/P: _____

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

SANTA QUITERIA - CE, 26 de MAIO de 2002

X IVONEITE RIBEIRO DA CRUZ
ASSINATURA DO FAVORECIDO(A)/BENEFICIÁRIO(A)

AVISO IMPORTANTE

- 1 - CASO O BENEFICIÁRIO NÃO TENHA CPF, DEVERÁ PROVIDENCIÁ-LO, SEM O QUE NÃO PODERÁ RECEBER A INDENIZAÇÃO.
- 2 - ESTE FORMULÁRIO SOMENTE PODERÁ SER ASSINADO PELO PROCURADOR, CASO O MESMO ESTEJA HABILITADO, COM PODERES ESPECÍFICOS, EXPRESSAMENTE MENCIONADOS NO INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO.

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

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

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

IVONETE RIBEIRO DA CRUZ

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

27/08/2004

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

27/08/2004

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Wilson Bezerra Rêgo.

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Paciente que no dia 27/08/2004 caiu com o braço direito da moto no asfalto (quê) ficando com um osso do braço tendo sofrido fratura no osso e trauma do pulso com fratura de rádio e ulna.

DADOS RECORRIDOS DOS TRABALHOS REALIZADOS:

Paciente realizou tratamento especializado em fisioterapia e repouso em casa e refere dor de cabeça.

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?

☐ SIM ☒ NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

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

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

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

SEGMENTO ANATÔMICO DO ÓRGÃO AFETADO

1º

2º

3º

4º

5º

Paciente com sequelas frequentes por TCE

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Stela Dutra

LOCAL

20.02.08

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Stela Dutra

LOCAL

20.02.08

DATA

IVONETE RIBEIRO DA CRUZ

ASSINATURA DA VÍTIMA

Seg/Reg: CENTAURO / VICENÇA SALZK

Sinistro nº 08/048690

UF: CEARA

PROCEDIMENTO	Proc. nº 100/ <u>081979</u> /2008/ <u>003</u>
Prestador: () CNIS () MS () Visão Med. () Amorim e Mattos () Prontoclínica () Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação	

PROCEDIMENTO	Proc. nº 100/ _____ /2008/ _____
Prestador: () CNIS () MS () Visão Med. () Amorim e Mattos () Prontoclínica () Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação	

PROCEDIMENTO	Proc. nº 100/ _____ /2008/ _____
Prestador: () CNIS () MS () Visão Med. () Amorim e Mattos () Prontoclínica () Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação	

Obs.: SINISTRO em 27/08,2004 PRESCRITO em 22/08,2007
RECLAMOU em 04,03,2008 ALTA 10,12,2005

- BENEF. = DOCUMENTOS ENCAMINHADOS (NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE) SEM DATA
DE REGISTRO E COM RASURAS

RR 48 CARTA 28274 DS 26/06/2008

Liberado para pagamento ☐ Devolvido/Faltando documentos ☒

Analista/Fabrica: Roberto Jr

Data 13 de Agosto de 2008.

Obs.: Esta planilha não deve ser retirada do processo



Prefeitura de
Santa Quitéria



Departamento Municipal de Trânsito - DEMUTRAN

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRANSITO

1. DATA DO ACIDENTE: 27/08/04 ÀS 9:00 HORAS.
2. QUANTIDADES DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS: _____
3. QUANTIDADE DE PESSOAS ENVOLVIDAS: 01
4. NOMES E DOCUMENTOS DAS PESSOAS ENVOLVIDAS: Jhonete Ribeiro da Cruz
CPF _____ RG _____

5. QUADRO DOS ACIDENTADOS:

(x) FERIMENTOS LEVES: PC (x) FRATURA: cabeça () OUTROS: _____

6. ATENDIMENTO HOSPITALAR:

DATA: 27/08/04 HORA: 10:00 MEDICO: Dra. ELIZABETE
PROCEDIMENTOS: _____

7. TIPOS DE VEÍCULOS:

- | | | | | |
|---------------|-----------------|-----------------|---------------|------------------|
| () BICICLETA | (x) MOTOCICLETA | () MOTONETA | () TRICICLO | () QUADRICICLO |
| () AUTOMÓVEL | () MICROONIBUS | () ONIBUS | () REBOQUE | () SEMI-REBOQUE |
| () CHARRETE | () CAMINHÃO | () CAMINHONETE | () CAMIONETA | () TRATOR |
| () OUTROS | | | | |

8. PLACAS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS: HYE 0559; _____; _____;

9. LOCAL DO ACIDENTE; PONTO DE REFERENCIA:

AV. MELANDES MOURAO EM FRENTE A PADARIA ANGÉLICA

10. TIPO DE ACIDENTE:

- (x) COLISÃO: _____
() ATROPELAMENTO: _____
() ABALROAMENTOS: _____
() CAPOTAMENTO; () TOMBAMENTO: _____
() OUTROS: _____

11. OBSERVAÇÕES:

12. TESTEMUNHAS: (DECLARO QUE O ACIDENTE ACONTECEU DE ACORDO COM OS DADOS ACIMA E QUE ESTOU CIENTE DAS IMPLICAÇÕES PREVISTAS NO CODIGO PENAL, EM ESPECIAL O QUE PRECENUA O ART. 299).

1. NOME: Manoel do Socorro da Silva Oliveira

ASSINATURA: _____

DOCUMENTO (x) CPF 369.755.913-34 (RG) 2427437-98

2. NOME: Antonio Xavier Diodora

ASSINATURA: _____

DOCUMENTO (x) CPF 24650103-00 (RG) 860549-84

3. NOME: _____

ASSINATURA _____

DOCUMENTO () CPF _____

() RG _____

13. ACIDENTADOS: (ESTOU CIENTE DAS IMPLICAÇÕES PREVISTAS NO CODIGO PENAL, EM ESPECIAL O QUE PRECENUA O ART. 299).

1. NOME: Jhonete Ribeiro da Cruz

ASSINATURA: _____

DOCUMENTO (x) CPF 008.405.393-45 (RG) 2002044098250

2. NOME: _____

ASSINATURA _____

DOCUMENTO () CPF _____

() RG _____

3. NOME: _____

ASSINATURA _____

DOCUMENTO () CPF _____

() RG _____

Agente de trânsito

Diretor do DEMUTRAN
Cel. Paiva Mororo

Jose Wilson Batista

Dir. Administrativo

CPF 115.438.253-20

Ocorrência da Mamba Sm 27.05.04.
Médico Plantonista: Drª Eliagbali
Auxiliares - Idelma e Leunilda

As 08:00hs Recebemos o plantão com as observações.

As 09:00hs - Deu entrada nesta unidade o Zvoneta Ribeiro Cruz 20 anos residente na Pazirora, vítima de acidente de trânsito, a mesma foi transportada para Soteropol.

As 9:30 deu entrada nesta unidade o José Nínia Barreiros 18 anos residente na Faz São José dos Riachos a mesma ficou de observação.

As 10:00 - deu entrada nesta unidade o Carlos Raul Alves Nunes 60 anos residente na Faz. Rodrigues a mesma foi transportada para Soteropol.

Os 11:00hs recebendo o plantão com as observações e as ocupando para o Dr. e Idelma e Leunilda.

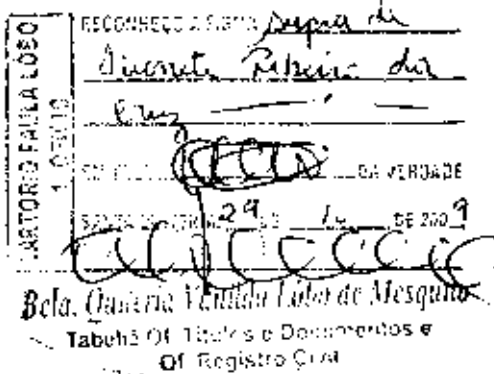
Deu entrada nesta unidade o Carlos Raul Alves Nunes 60 anos residente na Faz. Rodrigues a mesma foi transportada para Soteropol.

EU, IVONETE RIBEIRO DA CRUZ, VENHO MUITO RESPEITOSAMENTE
 PERANTE VSA SENHORIA COMUNICAR-LHE QUE EM VIRTUDE DA
 AUSÊNCIA DE ÓRGÃOS TAIS COMO CORPO DE BOMBEIROS, AÍJOS DO
 ASFALTO OU ÓRGÃOS SIMILARES E A POLÍCIA MILITAR E CIVIL NÃO
 REALIZAR ESTE TIPO DE PROCEDIMENTO, AS ÚLTIMAS DE ACIDENTES
 DE QUALQUER NATUREZA EM NOSSA REGIÃO SÃO SOCORRIDAS
 POR POPULARES QUE POR VENTURA VENHAM A PASSAR PELO
 LOCAL, E COM MINHA PESSOA NÃO FOI DIFERENTE, POIS QUANDO
 SURTI O ACIDENTE FUI SOCORRIDA POR UM SENHOR CUJO
 NOME E ENDEREÇO DESCONHEÇO, E FIQUEI SABENDO PELAS
 ENFERMEIRAS QUE ME ATENDERAM NO HOSPITAL MUNICIPAL DE
 SANTA BURTIERIA. DIANTE DE TAIS FATOS E DA IMPOSSIBILIDADE
 DE APRESENTAR DOCUMENTO DE RECONHECIMENTO DOS ÓRGÃOS
 ACIMA REFERIDOS, PEÇO-LHE ENCARECIDAMENTE LIBERAR
 A MINHA PESSOA PARA QUE ASSIM EU POSSA COMPROVAR
 TUDO O QUE ESTOU LHE AFIRMANDO AQUI.

CERTO DE SEU EMPENHO E SOLICITUDE desde já
 AGRADEÇO

SANTA BURTIERIA 06 DE OUTUBRO DE 2009

IVONETE RIBEIRO DA CRUZ



VALIDO SOMENTE COM
 O SELO DE AUTENTICIDADE



Rio de Janeiro, 26/06/2008
DPVAT/SIN - 28274/2008

Para: Centauro Vida e Previdência S/A

A/C: V. Salek Consultoria e Reg. Seguros Ltda / Sr. Vicente Salek

REF: Devolução de Processos de Sinistros de DPVAT

Devolvemos o(s) processo(s) abaixo citado(s), para complementação dos documentos adicionais que demonstrem a existência do acidente, as circunstâncias e a participação do interessado, tais como:

- Atendimento pelo Corpo de Bombeiros, ou
- Atendimento pela Polícia Militar, ou
- Atendimento pela Polícia Civil, ou
- Atendimento pelos "Anjos do Asfalto", ou concessionária ou similar, ou
- Inquérito Policial, ou
- Aviso de Sinistro em seguradora do Ramo Auto.

Obs.: Todos estes documentos deverão ser contemporâneos ao acidente.

Cumprida a exigência, atualizar no sistema a data do último documento.

Sinistro(s)
2008/048690

Vítima(s)
IVONETE RIBEIRO DA CRUZ

Atenciosamente

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistro

P- 100/061979/2008-002
RCR
Anexo: conf. texto

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

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

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

IVONETE RIBEIRO CRUZ

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

27/08/2007

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

27/08/2007

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Dr. Tarcísio L. Bruno CRM 4385-1/7

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

ECF com fratura de cúbito ulnare II grau
Te. Tendo do M.D.
Lesão osteo-articular

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

gesso cunha

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?

☐ SIM ☒ NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

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

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Cefaléia + Tontura + Insônia
- 2º Distúrbio do equilíbrio + Distúrbio da marcha
- 3º
- 4º Comprometimento da capacidade de trabalho 10/12/2007
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Santa Rita

LOCAL

15.05.08

DATA

Dr. Tarcísio L. Bruno
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM 4385
ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Santa Rita

LOCAL

15.05.08

DATA

IVONETE RIBEIRO DA CRUZ

ASSINATURA DA VÍTIMA



Rio de Janeiro, 10/03/2008
DPVAT/SIN - 11052/2008

Para: Centauro Vida e Previdência S/A

A/C: V. Salek Consultoria e Reg. Seguros Ltda / Sr. Vicente Salek

REF: Sinistro(s) 2008/048690. Vítima: Ivonete Ribeiro da Cruz

Devolvemos o processo para suas providências, observando a seguinte consideração:

Tendo em vista que, diante da ausência de Laudo por Inexistência de IML, trata-se de sinistro sujeito a análise quanto à prescrição, a continuidade da regulação dependerá da apresentação de documentação médica relativa ao atendimento/tratamento da vítima ao longo do tempo, na qual **conste objetivamente a data da sua alta definitiva.**

Informamos ainda, que o Relatório Médico para avaliação de Invalidez Permanente (total ou parcial), assinado pelo Dr. Gilson Bezerra Rego, não está preenchido o campo de local e data de quando a vítima assinou.

O documento apresentado, assinado pelo Sr. José Wilson Batista (Dir. Administrativo), não atende a Circular 040/2006, pois não tem cabimbo identificando o Hospital e nem assinatura e carimbo do médico que deu atendimento.

Atenciosamente

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistro

P- 100/061979/2008-001

RCR

Anexo: conf. texto

Seg/Reg: contencioso / V. S. S. S. S. S.

Sinistro nº 08/048690 Proc. nº 100/061979 /2008/ 01

PROCEDIMENTO

Prestador: () CNIS () MS () Visão Med. () Amorim e Mattos () Prontoclinica

() Aval. IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação

Região: UF SP ()

O doc. apresentado não atende vínculo 040/2006, pois não tem
comprovante identificando do Hospital onde vítima fez

Obs.: atendida.

relatório pericial de invalidez permanente não foi preenchido
local e data onde vítima assina.

- BENEFL. =

RR41

Liberado para pagamento ☐ Devolvido/Faltando documentos ☒

Analista/Fabrica: ROZIMERE

Data 10/3/08

Obs.: Esta planilha não deve ser retirada do processo



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DPI / 1ª DELEGACIA REGIONAL DE CANINDÉ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº do Registro: 45 /2008 - Data registro: 06/01/2008 Fone: Não Tem

Nome da Vítima: IVONETE RIBEIRO DA CRUZ

Nome da Mãe: MARGARIDA RIBEIRO DE SOUSA

Endereço: RUA RAIMUNDO TORRES MUNIZ 768, NOVOS PEREIROS- SANTA QUITERIA
CE

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL

Local da Ocorrência: NA AVENIDA MELQUIADES MOURÃO - SANTA QUITERIA, CE

HISTÓRICO: QUE, afirma o declarante que no dia 27-03-2004, por volta das 09:00 horas, quando conduzia-se em uma motocicleta de marca HONDA CC 125 TITANES - ATIG E MODELO 2003 - PLACA HYE 0359-CE E CHASSI 9C71C0-0204R009412 registrada em nome de Katia Wilam Prado Mesquita com residência na Rua Fortaleza - Pereiros - Santa Quitéria - CE, vinha no trajeto da Avenida Melquiades Mourão quando bateu o pneu dianteiro no meio fio, onde perdeu o controle da motocicleta e caiu sobre o solo sofrendo uma forte pancada na cabeça e escoriações no pé direito, sendo socorrida por populares, que se encaminharam no local e encaminhada para o Hospital Municipal de Santa Quitéria, CE. E NADA MAIS DISSE.

Responsável por Informação: IVONETE RIBEIRO DA CRUZ

Encarregado do Registro: _____

Adolfo Moreira de Carvalho Filho
Adolfo Moreira de Carvalho Filho
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 21.191

Ciente:

Art. 239 - Omittir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

CENT

AL VIO DE SEGURO DE VAT

HA 11

RESQUITA

00000

800

62.20

CE

0120259

CENT

AL VIA CONVENIO

06/12/2005

KATA

RESQUITA

00000

RUA 10

62.20

CE

01

8457

2005

VIA CONVENIO

O SEGURO TEM POR FINALIDADE A COBERTURA A DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - DPVAT É PARTE INTEGRANTE DO SEGURO DE DPVAT E DENOMINADO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS DE ACORDO COM A LEI Nº 5.194, DE 10.12.1974.

NA EVENTUALIDADE DE SINISTRO, COEXISTE A UMA SITUAÇÃO CONTEIDA:

LIMITES MÁXIMOS DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA:

MORTE	INVALIDEZ PERMANENTE	DANOS
R\$ 11.134,00	R\$ 11.134,00	R\$ 11.134,00

VALORES DE MORTES E INVALIDEZ PERMANENTE DEPENDENTES DO TIPO DE SINISTRO E DA DATA DE Ocorrência DO SINISTRO, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE EMISSÃO DO CHUETE. A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NAS IMPORTÂNCIAS SEGURADAS VIGENTES NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

- MORTE: REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO E PRÓVA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.
- INVALIDEZ PERMANENTE: LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DA CIRCUNSCRIÇÃO DO ACIDENTE, QUALIFICANDO A EXTENSÃO DAS LESÕES FÍSICAS OU PSÍQUICAS DA VÍTIMA E ATESTANDO O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE, DE ACORDO COM OS PERCENTUAIS DA TABELA CONSTATANTE NA NORMA DE SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS, SUPLENTEMENTAR, QUANDO FOR O CASO, PELA TABELA DE ACIDENTES DO TRABALHO E DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE.
- DANOS: PRESENTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENTEMENTAR - DANOS: PRÓVA DAS DESPESAS MÉDICAS EFETIVAS, PRÓVA DE QUE AS DESPESAS OCORRERAM DE ACORDO COM A VÍTIMA DE DANOS PESSOAIS OCORRIDA EM VÍTIMA DE ACIDENTE ENVOLVENDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, DA QUAL DEVERÁ CONSTAR, OBRIGATORIAMENTE, O NOME DO HOSPITAL AMBULATORIO, OU MÉDICO ASSISTENTE, QUE TERÁ PRESTADO O PRIMEIRO ATENDIMENTO À VÍTIMA.
- AS SEGURADORAS INCLUIRÃO SEUS DOCUMENTOS COMPLETAMENTARES, NOS TERMOS DO ARTIGO 30 DO ANEXO À RESOLUÇÃO CISP Nº 100 DE 7 DE MARÇO DE 2004.
- PRazo PARA COBRANÇA DE SINISTRO: CINZE DUS CONTEÚDOS A INÍCIO DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.
- FEELASSEL - CENTRAL DE ATENDIMENTO DO CONVENIO DPVAT: TEL. 0800-221204
- SUSSEP - ATENDIMENTO AO PARUÇO: TEL. 0800-219484

OBSERVAÇÕES:

PARA CÁLCULO DO TOTAL A PAGAR EM REAIS:

APLICAR O PERCENTUAL DO IOF SOBRE O PRÊMIO LÍQUIDO

O TOTAL É IGUAL A SOMA DO PRÊMIO LÍQUIDO + IOF

O SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, SOB SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - DPVAT É PARTE INTEGRANTE DO SEGURO OBRIGATORIO DE VEÍCULOS.

PAGUE O SEU SEGURO OBRIGATORIO - DPVAT ANUALMENTE COM A PRIMEIRA QUOTA OU QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA, O VENCIMENTO DO IMPOSTO DO SEGURO OCORRE SEMPRE NA MESMA DATA.

É IMPORTANTE RESSALTAR QUE, SE O SEGURO OBRIGATORIO NÃO FOR PAGO, O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO (ART. 1º RESOLUÇÃO CONTRAN 72/98).

4% (QUARENTA E CINCO POR CENTO) DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO PAGO, É REPASSADO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA - HOSPITALAR (DOS SEGURADOS VITIMADOS EM ACIDENTES DE TRÂNSITO) (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 27 DA LEI 8.212, ALTERADO PELO PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 76 DA LEI 8.500).

5% (CINCO POR CENTO) DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO É REPASSADO MENSALMENTE AO CONDOMÍNIO DO SISTEMA NACIONAL DE TRÂNSITO PARA APLICAÇÃO EXCLUSIVA EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 76 DA LEI Nº 8.500 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

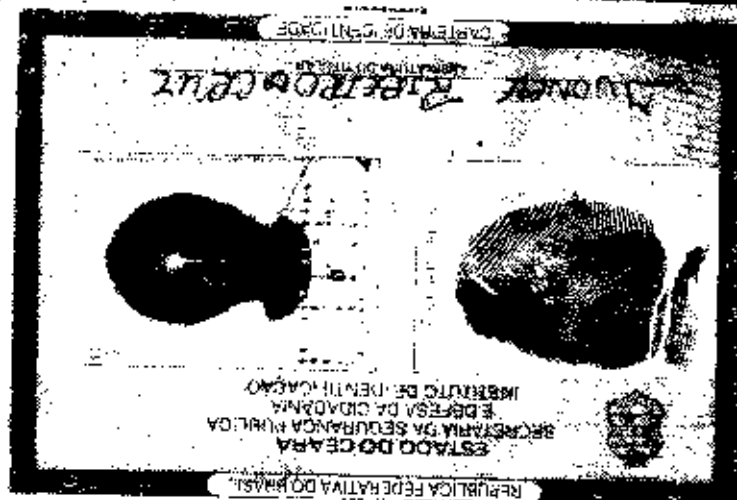
Por este instrumento particular de declaração, eu abaixo assinado, Sr.(a) Joanete Ribeiro da Cruz, brasileiro (a), portador(a) do RG nº 0009014098250 expedido por SSP e CPF nº 008.705.393-45, declaro para os devidos fins e repetirei em juízo se necessário for, que sou residente e domiciliado(a) na Rua Raimundo Torres Muniz N° 768 bairro Muros Pericles na cidade de Santa Quitéria, estado CE sob CEP nº 62.230.000.

Declaro ainda, e me responsabilizo por qualquer prejuízo que por ventura a Seguradora Centauro Vida e Previdência possa ter, no presente e no futuro, face às informações acima prestadas.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que surtam seus efeitos legais.

Santa Quitéria, 23 de Jan de 2007.

Joanete Ribeiro da Cruz



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CPF: 2002014088250 DATA DE EXPEDIENTE: 15/8/2002

NOME: IVONETE RIBEIRO DA CRUZ

FILIAÇÃO: ELIZEU TRAJANO DA CRUZ E MARGARIDA RIBEIRO DE SOUSA

NATURALIDADE: CATUNDA-CE DATA DE NASCIMENTO: 18/6/1984

DOSS. Nº: CERT. NASC: 49940 L A. 5 F 1929 CATUNDA-CE

LEMPZ Nº DE 20080





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE CANINDÉ-CE

CERTIDÃO

ADOLFO MOREIRA DE CARVALHO FILHO, Escrivão(a) de
Polícia Civil, com efetivo exercício na Delegacia Regional de Polícia Civil de
Canindé-Ceará, no uso de suas atribuições legais, etc...

CERTIFICA, para os devidos fins e direito e a quem interessar possa, que ocorreu um
acidente de trânsito (moto), e nestas cidades de Canindé, Caridade, Boa Viagem,
Madalena, Santa Quitéria, Hidrolândia, Catunda, Monsenhor Tabosa, Itatira,
Guaraciaba do Norte e Varjota, não existe IML. O referido é verdade. Dou fe. Canindé
da Delegacia Regional de Canindé-CE, em 11 de Agosto de 2007
Eu, Adolfo Moreira de Carvalho Filho, Escrivão de Polícia que o digitei e assino.

Adolfo Moreira de Carvalho Filho
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 21.191



Departamento Municipal de Trânsito - DEMUTRAN

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRANSITO

1. DATA DO ACIDENTE: 27/08/04 AS 9:00 HORAS.
2. QUANTIDADES DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS: _____
3. QUANTIDADE DE PESSOAS ENVOLVIDAS: 01
4. NOMES E DOCUMENTOS DAS PESSOAS ENVOLVIDAS: Guonek Ribeiro da Cruz
CPF RE

5. QUADRO DOS ACIDENTADOS:

(x) FERIMENTOS (x) FRATURA: Cabeça () OUTROS: _____
LEVES: Pe

6. ATENDIMENTO HOSPITALAR:

DATA: 27/08/04 HORA: 10:00 MEDICO: Dra. ELIZABETE
PROCEDIMENTOS: _____

7. TIPOS DE VEÍCULOS:

() BICICLETA (x) MOTOCICLETA () MOTONETA () TRICICLO () QUADRICICLO
() AUTOMÓVEL () MICROONIBUS () ONIBUS () REBOQUE () SEMI-REBOQUE
() CHARRETE () CAMINHÃO () CAMINHONETE () CAMIONETA () TRATOR
() OUTROS

8. PLACAS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS: HYE 0559; _____; _____; _____;

9. LOCAL DO ACIDENTE: PONTO DE REFERENCIA:

AV. MELHORES MOURAD EM FRENTE A PADARIA ANGÉLICA

10. TIPO DE ACIDENTE:

(x) COLISÃO: _____
() ATROPELAMENTO: _____
() ABALROAMENTOS: _____
() CAPOTAMENTO; () TOMBAMENTO: _____
() OUTROS: _____

11. OBSERVAÇÕES: _____

12. TESTEMUNHAS: (DECLARO QUE O ACIDENTE ACONTECEU DE ACORDO COM OS DADOS ACIMA E QUE ESTOU CIENTE DAS IMPLICAÇÕES PREVISTAS NO CODIGO PENAL EM ESPECIAL O QUE PRECENUA O ART. 299).

1. NOME: MARCEL DO SOCORRO DA SILVA OLIVEIRA

ASSINATURA: MARCEL DO SOCORRO DA SILVA OLIVEIRA

DOCUMENTO () CPF 369-755-933-34 () RG 2424434-98

2. NOME: ANTONIO YAVIER LOJOLA

ASSINATURA: ANTONIO YAVIER LOJOLA

DOCUMENTO () CPF 246510163-00 () RG 860549-84

3. NOME: _____

ASSINATURA _____

DOCUMENTO () CPF _____ () RG _____

13. ACIDENTADOS: (ESTOU CIENTE DAS IMPLICAÇÕES PREVISTAS NO CODIGO PENAL EM ESPECIAL O QUE PRECENUA O ART. 299).

1. NOME: Guonek Ribeiro da Cruz

ASSINATURA: Guonek Ribeiro da Cruz

DOCUMENTO () CPF 006-405-293-45 () RG 2002014098250

2. NOME: _____

ASSINATURA _____

DOCUMENTO () CPF _____ () RG _____

3. NOME: _____

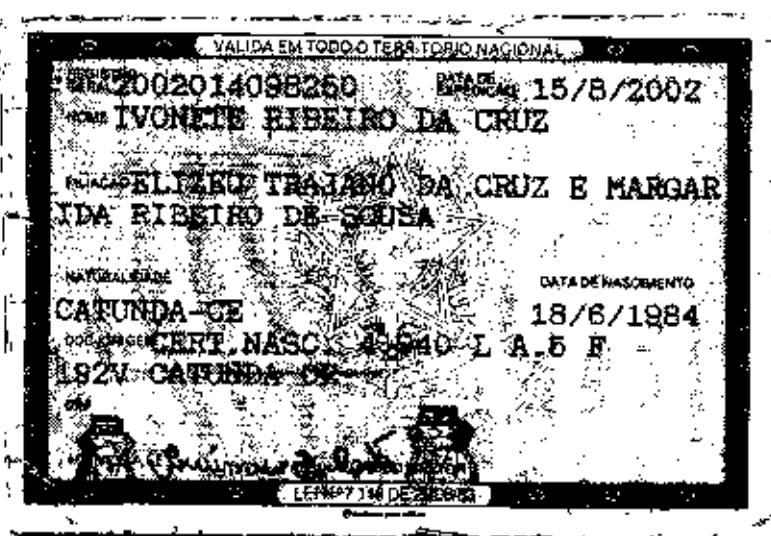
ASSINATURA _____

DOCUMENTO () CPF _____ () RG _____

Guonek Ribeiro da Cruz
Agente de trânsito

Paulo Mororo
Diretor do DEMUTRAN
Cel. Paulo Mororo

Jose Wilson Batista
Sup. Administrativo



ANEXO 1

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____
 EM Joazeiro Ribeiro da Cruz PORTADOR (A) DO
 RG Nº 202014098250 EXPEDIDO POR SSP/LE EM (DATA) 15.8.2007
 CPF 00270539345 / CNPJ _____

NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A
 INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA
Joazeiro Ribeiro da Cruz _____ AUTORIZO A
 SEGURADORA CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA A EFETUAR O RESPECTIVO
 PAGAMENTO / CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1. ☐ **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE**
 Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA _____ C/C _____
2. ☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
 Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____
3. ☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
 Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____
4. ☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
 Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____
5. ☒ **PAGAMENTO CONTRA-RECIBO (ORDEM DE PAGAMENTO) EM QUALQUER AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL S/A**

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO

Joazeiro Ribeiro da Cruz
 LOCAL / DATA

JOAZEIRO RIBEIRO DA CRUZ
 ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)

```

=====
* Megadata Computacoes          D.P.V.A.T.          19/02/2010  14:04:41 *
*   Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Via Terrestre   *
* DPV010T      ***** CONSULTA POR NUMERO DO SINISTRO ***** 0001 / DPV016P *
=====
ANO / NUM. / LANC -      2010 / 050253 / 01   COD. DEPEND .. - 116
COD. SEG. .... - 6017                               TIPO DOCUMENTO - 4   EX -
NUM. DOCUMENTO - 0E095976925                     DT.CADAST.PAPC.- 00 / 00 / 0000
CATEGORIA .... - 09                               DT. SINISTRO . - 17 / 08 / 2004
DT. CADAST.... - 18 / 02 / 2010                   DT. RATEIO ... - 00 / 00 / 0000
NATUREZA ..... - 2                               CPF VITIMA      - 00670539345
NOME DA VITIMA - IVOMETE RIBEIRO DA CRUZ
DT. NASC. .... - 18 / 06 / 1984                   VALOR INDENIZ. -
SEQUENCIA .... - 002                               VLR COR.MON/JUR-                0,00
COD. REC/RECL. - 1                               DT. PAGAMENTO  - 00 / 00 / 0000
NOME RECEBEDOR -
CPF/CGC RECEB. - 000000000000000000             DT. ATUALIZ... - 18 / 02 / 2010
PROCURADOR/INT.-
CPF/CGC PROC/INT-                               BOLETIM ..... - EM
DELEGACIA .... - DPI 8A DR CANINDE                UF DELEGACIA   - CE
REGULACAO .... - 0                               SUB-JUDICE ... -      DT. RECEB.
DT. RECLAMACAO - 20 / 08 / 2007                   CONF. PGTO -      /      /
=====
ENTER = CONTINUAR          PF03 = FIM          PF07 = VOLTA MENU

```

Seg/Reg: /

Sinistro nº 2010/050253

PROCEDIMENTO

Processo nº 100 / 035207 / 2010 / 001

Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos () CEBEME
() Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação

PROCEDIMENTO

Processo nº 100 / / 2010 /

Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos () CEBEME
() Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação

PROCEDIMENTO

Processo nº 100 / / 2010 /

Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos () CEBEME
() Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação

Obs.:

RR 68A

Liberado para pagamento ☐

Devolvido/Faltando documentos ☐

Analista: **Luís Fernando**

Data: 08/03/2010

Obs.: Esta planilha não deve ser retirada do processo

PRI

CENTAURO

vida e previdência

Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 109253

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 HYE-0559/CE	
Nome da Vítima IVONETE RIBEIRO DA CRUZ		Natureza 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 18/06/1984	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 008.705.393-45
			Data Ocorrência 27/08/2004

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

(X) Certidão Nº 45/2008 da autoridade policial sobre a ocorrência;

(X) DUT Nº _____ () _____ () _____

(X) RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

(X) RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários					
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
IVONETE RIBEIRO DA CRUZ	Vítima	VITIMA	18/06/1984	62280-000	008.705.393-45

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 CE

Data 20/02/08

Local da Entrega RJ

Data 20/02/08

[Assinatura]
Beneficiário

[Assinatura]
Centauro Vida e Previdência

R SENADOR DANTAS, 80, 17º ANDAR

CENTRO - Cep: 20031-204

Tel.: (21) 2210-1633 Fax: (21) 2297-1212

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: alexandre.almeida@salek.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ



A presente fotocópia confere
com a original exibida nestas Notas
BOUFF
Em Testemunho
Santa Quitéria - RJ
Valdeir Gomes Filho
FOLHA Nº 1 - ORIGINAL
Válida somente com Selo de Autenticidade

Cartão
Folha Nº 1
Santa Quitéria - RJ

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

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

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

IVONETE RIBEIRO DA CRUZ

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

27/08/2004

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

27/08/2004

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Wilson Bazeira Rese

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Paciente que no dia 27/08/2004 caiu com o
buen do motor da moto no asfalto (que) foi quando ele
 caiu de um espaço tendo sofrido trauma
no espaço e trauma do pescoço com fraturas de
osso da coluna cervical e do pescoço do pé

TRATAMENTO REALIZADO (DETALHAR):

Paciente realizou tratamento especializado
em Sobral na Santa Casa e refere ter ficado em
seu leito dor de cabeça

EXISTE ALGUM DEFÉITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?

☐ SIM ☒ NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

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

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º
2º
3º
4º
5º

Paciente com cefaleia frequente por TCE

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Santa Quitéria

LOCAL

30.02.08.

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

IVONETE RIBEIRO DA CRUZ
ASSINATURA DA VÍTIMA

Presença da Manha em 27.03.04
medico Plantonista Dra Elizabeth
Auxiliares - Helena e Lourinda

No meio da Recebemos a plantão com as observações
As 09:00hs. - deu entrada nesta unidade o Zvoneto
Ribeiro Cruz 20 anos residente nos Paisios, vítima de
acidente de trânsito, a mesma foi transferida para
Sobral.

As 9:30 deu entrada nesta unidade o José Afonso
Barbosa 18 anos residente na faz São José dos Freios
o mesmo ficou de observação.

As 10:00 - deu entrada nesta unidade o senhor Raul
Alves Nunes 60 anos residente na faz Rodrigues o mesmo
foi transferido para Sobral.

Os demais residentes na plantão com as observações
e os ocupando desta para Eloni e Adalberto.

=====

* MegaSoft Computations D.P.V.A.T. 11/08/2008 14:19:59 *

* Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Via Terrestre *

* DPV0177 0001 / DPV0160 *

=====

***** CONSULTA POR NUMERO DO SINISTRO *****

NUMERO SINISTRO 0003 / 00000 / 01 DEPENDENCIA 10

DEGRADACAO 0127 - TENTADO VIDA E PREVIDENCIA 10

NOME DA VITIMA - INOCETE SIBEIRO DA CRUZ

DT. NASCIMENTO - 01 / 05 / 1984 DT. RATEIO - 00 - 00 1000

DT. SINISTRO - 01 / 03 / 2004 DT. ATUALIZ. - 04 - 01 1100

NATURALEZA 00 SUB-JOUE

REGULACAO

NOME DO SEGURO

=====

ENTER = CONTINUAR

PF03 = FIM

PF07 = VOLTA MENU

