



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2014

Carta nº: 5079638

A/C: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Sinistro: 2014771959
Vitima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA
Data Acidente: 03/08/2014
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, 29 de Setembro de 2014

Carta nº: 5234249

A/C: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Sinistro: 2014771959
Vítima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA
Data Acidente: 03/08/2014
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, 28 de Outubro de 2014

Carta nº: 5519846

A/C: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Sinistro: 2014771959
Vítima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA
Data Acidente: 03/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000000735-8

Conta: 000001003491-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Valdecir Moreira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joaquim Carvalho, 47
Santa Terezinha Pedra Branca CE CEP: 63630-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 39115627-5
Data local do exame: [15/10/2014] Pedra Branca [CE]

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)

TRAUMA NO JOELHO DIREITO.

- 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.

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. ALTA DEFINITIVA.

- 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.

APRESENTA COMO SEQUELA FUNCIONAL LEVE LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO, EDEMA RESIDUAL, CLAUDICAÇÃO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO.

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):

MEMBRO INFERIOR DIREITO

% do dano: () 10% residual (X) 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

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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



**CENTAURO**
vida e previdência

Seguros para viver

Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 641677

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 HXU-6610/CE	
Nome da Vítima VALDECIR MOREIRA DA SILVA		Natureza 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 14/08/1979	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 816.524.373-04
			Data Ocorrência 03/08/2014

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

() Certidão Nº CIOPS 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
VALDECIR MOREIRA DA SILVA	Vítima	VITIMA	14/08/1979	63630-000	816.524.373-04

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 _____

Data ____/____/____

Local da Entrega _____

Data ____/____/____

Beneficiário _____

Centauro Vida e Previdência S/A

12 SET 2014

DPVAT - RJ

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.

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.centauroseg.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

CENTAURO

vida e previdência

Seguros para viver

Registro de Sinistro

DP.: 111

Processo: 0000/641677

Código: 641677

Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO		Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE		Sub-Parceiro CELIO LOPES	
BO N° 551-02176/2014 CIOPS		Data BO 18/08/2014		DELEGACIA DELEGACIA REGIONAL DESANADOR POMPEU	
Placa HXU-6610/CE		Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			IML
Nome da Vítima VALDECIR MOREIRA DA SILVA				Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Natureza 2 - INVALIDEZ
Sexo Sinistrado MASCULINO	Data Nascimento 14/08/1979	Tipo de CPF 0 - Possui CPF		CPF da Vítima 816.524.373-04	Data Ocorrência / Hora 03/08/2014 / 10:07
Cidade PEDRA BRANCA		UF CE	CEP 63630-000	Telefones Fone: (88)3515-2329 / Cel: (88)97037-419	
Email atendimento@salek.com.br					
Qtde.Benef. 1	Data Óbito	Médico			Valor(INVALIDEZ)

Beneficiários

Nome	CEP	Endereço	Tipo Benef.	Vínculo	Bairro	Dt.Nasc.	Cidade	CPF/CNPJ	UF
			Complemento	Renda					
VALDECIR MOREIRA DA SILVA	63630-000	RUA JOAQUIM CARVALHO 47	Vítima	VITIMA	SANTA TEREZINHA	14/08/1979	PEDRA BRANCA	816.524.373-04	CE
TRABALHADOR AGROPEC, FLORESTAL, PESCA E			R\$ DE 1,00 A 1.000,00						
Banco: 237 Banco Bradesco S.A. Ag.: 0735-8 C/P 1003491-4									

Histórico

Data	Usuário	Situação
26/08/2014 11:06:13	MSA FABIANA	Pré-Cadastro não analisado
26/08/2014 16:10:09	MSA THAYS	Pré-Cadastro com restrições
Detalhes das restrições		
SOLICITAMOS A APRESENTAÇÃO DO BAM -BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL POIS O QUE FOI APRESENTADO ESTÁ ILEGÍVEL.		
04/09/2014 14:58:20	MSA FERNANDACAMARA	Documentação complementar recebida na Unidade
08/09/2014 10:19:50	MSA CLAUDIO	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@centauroseg.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 641677 e a data de nascimento 14/08/1979 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Valdeci Moreira da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 391156275 EXPEDIDO POR SSP/SP EM / / E
 CPF 016524373-04 / CNPJ - - , PROFISSÃO Agrônomo
 E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valdeci Moreira da Silva 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 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);

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 AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA 0735-8 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 1003491-4
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA (INCLUA 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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Pira Branca-cc DATA 19.08.2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Valdeci m. da Silva

! 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.



Conta Poupança



Width1W
dth3Wdt
h993Wdt
h3Wdt8
843



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Width1Width3Width993Width3Width8643

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS – B.O.

➤ DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 551-02176/2014 CIOPS: -

DATA/HORADA COMUNICAÇÃO: 18/08/2014 14:40

DATA/HORADA OCORRÊNCIA: 03/08/2014 10:07

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: SIT TRAPIA

ZONA RURAL PEDRA BRANCA/CE

PONTO DE REFERÊNCIA: ESTRADA CARROÇAL

MATERIAL(S) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte; Que na data, hora e local, acima citado, o declarante sofreu um acidente de trânsito quando vinha conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, ano de fabricação/modelo 2008/2008, cor VERMELHA, placa HXU-6610 Pedra Branca/CE, chassi 9C2KC0810BR354166 licenciada em nome de Ernandes da Silva Alves; Afirma o declarante que derrapou na areia, vindo cair ao solo; Que o declarante informa que foi para o hospital de Pedra Branca/CE; Que em consequência do acidente o declarante afirma que sofreu trauma no joelho direito; Que tem como testemunhas do acidente as seguintes pessoas: José Moreira da Silva RG 3426031-99 e Maria Moreira da Silva RG 2001005044986; Que o declarante procurou esta delegacia para lavrar este boletim de ocorrência, e foi cientificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

➤ DADOS DA VÍTIMA

NOME: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

RG: 391156275 ORG?O EMISSOR: SSP UF: SP

CPF: 81652437304

DATA DE NASCIMENTO: 14/08/1979

FILIAÇÃO: JOSÉ QUIRINO MOREIRA FILHO

MARIA MOREIRA DA SILVA

ENDEREÇO: R JOAQUIM CARVALHO 47

+ Valdecir m. Silva

11.08.2014
S. DE VIGILÂNCIA
M. 135.71

SANTA TEREZINHA 63.630-000
PEDRA BRANCA/CE

TELEFONE:

➤ DADOS DO NOTICIANTE

NOME: VÍTIMA

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: 135490-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Valdecir m. da Silva

VISTO DO DELEGADO(A): _____



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Valdeci Moreira da Silva, portador da carteira de identidade nº 391156275 e inscrito no CPF/MF sob o nº 916.524.373-04, residente e domiciliado na Rua Joaquim Carvalho, Cidade Pedra Branca, Estado Pernambuco, 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.

Pedra Branca - 19/08/2014

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

x Valdeci m. da Silva

Local e data



coelce

Rua Padre Vitoriano, 150 - CEP 47100-000 - Foz de Iguaçu, PR
 CNPJ 07.040.250/0001-70 - CCE 06.102.000-3
 Atividade: Distribuição de Energia Elétrica - Setor: Atividade de Utilidade Pública - 15.432, de 10 de Junho de 2003

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE B-1 N°

Rota 06 14830 03 235000 Data de Emissão 04/04/2014

Nome: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

End. Postal: RJ JOAQUIM CARVALHO 00047

CJ SANTA TEREZINHA - PEDRA BRANCA - 63630000

Medidor 9181559

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Tarifa de Postagem 0,00

RG / CPF / CNP 816524373-04

CCF

Nome do Responsável

DATAS

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE FATURAMENTO

Data de Apresentação 04/04/2014

Consumo SENHOR PAPA

Mês Jun/2014

EDD-12.61

DATA

Período de Faturamento

Apuração Individual

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Consumo (kWh) 18.00

Telefone p/ contato
 (88)3515-2329
 (88)97037419

CENTAURO VIDA E
 PREVIDÊNCIA S/A.
 12 SET 2014
 DPVAT - RJ

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Valdeir marinho da Silva

RG nº 391156275, data de expedição / / , Órgão SSP/SP

CPF nº 916.524.373-04, 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>Rua Joaquim carvalho</u>
Número	<u>47</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Santa Luzinha</u>
Cidade	<u>Pedra Branca</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>63.630-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88)3515-2329/(88)9703-7419</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pedra Branca - PE 19/08/2014

Assinatura do Declarante: Valdeir m. da Silva





PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA
HOSPITAL MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

Atendimento: 207 CNIS: Data de Análise: 30/09/2014 às 10:07:34
Nome do Paciente: VALDECIR MOREIRA DA SILVA Data de Análise: 30/09/2014
Endereço: RUA JOAQUIM CARVALHO PEDRA BRANCA Qd: ELIENE
Convênio: SUS PSF: HOSPITAL Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDUAL
Sexo: M Idade: 24 Anos 4 Mes 20 Dias Estado Civil: Solteiro
Pecor: 100
Sinais Vitais: P.A.: Sist. (130) Diast. (90) FC: 60 Vgcm FR: 12 Vgcm Temp: 36,5
Proc.: 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese):

Pte. relata queda de moto, no braço do
JOELHO @

Fatores de Risco:

Sist. Arter: () ALTO () INTERMEDIÁRIO () BAIXO
RSC: () ALTO () INTERMEDIÁRIO () BAIXO

ADK e Exame Físico:

S/CART.

Impressão Diagnóstica Principal / Atendimento:

TRAUMA NO JOELHO.

Data 1º Sintomas

Exames complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevalência
() Ultrassom () Outros

Solicitação de Exames Complementares:

QUOTIDIANAMENTE, EM 20/09/2014

EX do JOELHO @ ATENÇÃO

Ass. Examinador: Condição Exame

Claudio Oliveira Moreira
Técnico em Radiologia
CRTR: 2573

Se o paciente não tem observação de risco, assinalar "NÃO".

Encaminhamento / Conduta do Paciente:

() Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF
() Alta () Alm. Medicamentos () Observação 24h () Outros procedimentos
() Tratam. de emergência () Abertura de partograma () Indicação de Cesariana

Verificar com Departamento Municipal de Trânsito:

FOI ACIDENTE DE TRANSITO?

() SIM () NÃO

Se positivo, assinalar o tipo de veículo de origem:

() MOTOCICLO () CARRO () MOTOCICLETA () PATINETE () OUTROS

x Valdecir

Assinatura do Paciente ou Resp.

Dr. Ricardo

Assinatura do Profissional Examinador

CENTAURO, VDA E
PREVIDÊNCIA S/A.

12 SET 2014

DPVAT - RJ



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
CARTELA NACIONAL DE HABITACAO

VALDECIR MOREIRA DA SILVA

034571384000

332947928

VALDECIR MOREIRA DA SILVA

PAULINIA, SP

332947928

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO

Telefone p/ contato
(88)3515-2329
(88)9703-7419

CENTAURO VIDA E
PREVIDENCIA S/A.
12 SET 2014
CPVAT - RJ

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014771959 **Cidade:** Pedra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 03/08/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/09/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM JOELHO D

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

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: 2014771959 **Cidade:** Pedra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 03/08/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA COMO SEQUELA FUNCIONAL LEVE LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO, EDEMA RESIDUAL, CLAUDICAÇÃO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. ALTA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: DANO LEVE EM MID

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/10/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joaquim Freitas Diogo

CRM do médico: 8133

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25%	17,5 %	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

