

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11061050

A/C: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170289170 ASL-0197185/17

Vitima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Data Acidente: 26/03/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: IDERLANIA GABRIEL ALECRIM

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2017

Carta nº: 11073017

A/C: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170289170 ASL-0197185/17
Vítima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IDERLANIA GABRIEL ALECRIM

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2017

Carta nº: 11199394

A/C: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170289170 ASL-0197185/17
Vítima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IDERLANIA GABRIEL ALECRIM

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2017

Carta nº 11251442

A/C: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170289170 ASL-0197185/17
Vitima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IDERLANIA GABRIEL ALECRIM

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº 11322331

A/C: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170289170 ASL-0197185/17
Vitima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IDERLANIA GABRIEL ALECRIM

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2017

Carta nº 11374511

A/C: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170289170 ASL-0197185/17
Vitima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IDERLANIA GABRIEL ALECRIM

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2017

Carta nº 11510841

A/C: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170289170 ASL-0197185/17
Vitima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IDERLANIA GABRIEL ALECRIM

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta n°: 11597604

A/C: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170289170 ASL-0197185/17
Vitima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IDERLANIA GABRIEL ALECRIM

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: 000006997-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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 superiores 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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, Valdecir Moreira da Silva,

PORTADOR(A) DO RG Nº 03657384982 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 18/08/2015

CPF 816524373-04 /CNPJ 00000000000000000000 PROFISSÃO Desertor

E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valdecir 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 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;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade 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 e/ou de 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.**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS:
DPVAT

23 MAI 2017

Gento Seguradora S/A

Av. Presidente Vargas, 300 - Loja 147

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 837 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0735 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1003491-4

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

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

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.

Pedro Braga a 17 de maio de 2017

LOCAL E DATA

Valdecir moreira da Silva

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.

Este documento pode ser lido em papel termosselevar. A vida útil dos dados impressos é de 5 anos, mas é



Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA POUPANCA FACIL TERM.039760
VALDECIR MOREIRA DA SILVA 12:24 HRS
AGENCIA 0735 CONTA 1003491-4 06/ABR/2017

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL
+ CONTA POUPANCA FACIL



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

23 MAI 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE

**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): Valdecir Moreira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joaquim Carvalho, 47 Cs A
Conj Santa Terezinha Pedra Branca CE CEP: 63630-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 391156275
Data local do exame: [28/06/2017] Boa Viagem [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)

**FX DA CLAVÍCULA ESQUERDA COM DESALINHAMENTO E FRAGMENTO ÓSSEO
ENCURTAMENTO, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO, ROTAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR**

- 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.

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO OMBRO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM ENCURTAMENTO, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO, ROTAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR

Data da alta: JUN/2017

IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 20 DIAS. FEZ FISIOTERAPIA (12SS). APRESENTA ENCURTAMENTO, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO, ROTAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR

Complicações: SEM

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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.

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO OMBRO PELA LESÃO TENDINOSA E PELA DEFORMIDADE ESTRUTURAL, GERANDO UM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL NO MEMBRO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO, HIPOTROFIA MUSCULAR

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"

() "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 (*).

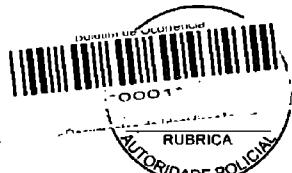
() Total = "100% da IS"

- 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

J. Henrique Antunes Carvalho
MÉDICO - CREMEC 9050



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 523 - 418 / 2017

Dados da Ocorrência

361260

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **06/04/2017 10:12:11**

Data / Hora da Ocorrência: **26/03/2017 10:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA JOAQUIM ALVES TEIXEIRA**

Complemento:

Bairro:

Município: **PEDRA BRANCA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VALDECIR MOREIRA DA SILVA**

Nascimento: **14/08/1979** CPF: **816.524.373-04**

RG: **391156275** Orgão Emissor: **SSP**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

UF:

23 MAI 2017

Filiação: **MARIA MOREIRA DA SILVA**

JOSÉ QUIRINO MOREIRA FILHO

Endereço: **RUA JOAQUIM CARVALHO , 47**

Bairro: **SANTA TEREZINHA**

Município: **PEDRA BRANCA/CE**

País: **BRASIL**

CEP: **63.630-000**
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNT5299** Uf: **CE** Município: **PEDRA BRANCA** Chassi:

9C2KC1680FR544481 Renavam: **1101666924** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano

Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **PRETA** Proprietário: **VALDECIR MOREIRA DA SILVA** Situação:

NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o declarante que na data supramencionada trafegava pela rua Joaquim Alves Teixeira pilotando a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESDI, cor PRETA, placa PNT-5299/CE; Que ao pilotar a referida motocicleta o pneu dianteiro bateu em uma pedra, onde o declarante perdeu o controle da moto e veio a cair; Que após o acidente foi socorrido por algum popular que o declarante não sabe identificar até o hospital municipal São Sebastião neste município; Que afirma o declarante ter sofrido o que se encontra na documentação médica em anexo; Que procurou esta Delegacia de polícia para lavrar esse presente boletim para fins de recebimento de seguro DPVAT; Que as informações prestadas são de inteira responsabilidade do declarante. Nada mais disse|||||||||

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Ricardo Beserra Xavier - MAT.: 30083210

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

MARIO GIOVANI PENHA ZANGRANDI - MAT.: 300843-1-4

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 ferma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EUROPEAN MONITOR 517

PORTADOR(A) DO RG N° 4814.036.57.384.987

EXPEDIDO POR *SEPTIMO*

EM 48-108-1215 E

CPF 846994373-041 CNP

PROFESSION: Computer

E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (RÉAL) NA QUAI

DEMOCRATIC REFORMS

SEGURO DPVAT DA VITIMA AUTORIZA A SEGURADORA LIDER 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 taxa de renda mensal.

a 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 aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, quando o funcionário é aprovado para receber o benefício;
 - Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
 - Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Letíticas 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 Seguradora S.A. comprobatória dos dados bancários);
 - CPF do beneficiário/vítima invalido 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/beneficiário.

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

TARJETA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

Nº de CONTA (com dígito, se existir)

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

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

LOCALE DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.
 - Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0212104.



Bradesco

Dia & Noite

BIN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA POUPANCA FACIL
VALDEIR MOREIRA DA SILVA
AGENCIA 0736 CONTA 1003491-4

TERM 039928
12:43 HRS
03 JUL 2017

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL
+ CONTA POUPANCA FACIL
SD DEPOS ATE 3/5/12
SD DEPOS A PARTIR 4/5/12



**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

CONTEUDO NAO VERIFICADO

07 JUL 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE

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 Valdir Henrique da Silva

 PORTADOR(A) DO RG Nº 036.577-8 EXPEDIDO POR 5591CE EM 15/08/2015

 CPF 816.624.363-04 /CNPJ 00000000000000000000 PROFISSÃO operador

E RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valdir Henrique da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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.

 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2017


 Gente Seguradora S/A

 Atendente: Documentação / CE

- 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 INSS / PREVIDÊNCIA SOCIAL;
 - Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
 - Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotérica com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00 (Leia 147 comprobatório dos dados bancários);
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta comprobatória / CE);
 - 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/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.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

 Nº do BANCO 001 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 0775 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 6947-3

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

 Nº do BANCO 001 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 0775 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 6947-3

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.

Valdir Henrique da Silva

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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



1962.7.28

AN EXPLANATION OF THE
UNIVERSAL CHART

卷之三

卷之三

等級：特級；編號：四四七；

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE

Agencia: 0735
Conta: 6997-3



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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 rasturas, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Valdecir Moreira da Silva

PORTADOR(A) DO RG N° 391.560-15

EXPEDIDO POR

55P/SP

EM 18/08/15 E

CPF 80065093933-04 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Agricultor

E-RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VITIMA Valdecir Moreira da Silva. EU AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

9 JUL 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aldeota/Fortaleza / CE

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 Função;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 021 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 0735

Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1003491-4

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

Nº do BANCO 021 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 0735 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1003491-4

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

Pedro Branco de 19 de Julho de 2017 x Valdecir Moreira da Silva

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidade 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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-9221704.



Dia & Noite

BON - BRADESCO DIA E NOITE

EXTRATO CONTA POUPANCA FACIL TERM. 014720
VALDECIR MOREIRA DA SILVA 16:01 - HRS.
AGENCIAS 0235 CONTA 1002491 4 18/JUL/2017

DISPONIVEL

TOTAL DISPONIVEL
CONTA POUPANCA FACIL
SD DEPOS ATÉ 3/5/12
SD DEPOS A PARTIR 4/5/12

000000
000000
000000
000000

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

CONTEUDO NAO VERIFICADO

19 JUL 2017

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luiz, 300 - Loja 147
Aldoys - Fortaleza / CE



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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 **letras** de forma a serem **letras**, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

PORTADOR(A) DO RG N° 044-076-9738148

EXPEDIDO POR 152/...

EM B 118 2015 E

CPF 846524373-04

PROFISSÃO *27/2/2011*

E RENDA MENSAL DE R\$

DEclaro que, na qualidade de beneficiário(a) do valor referente à indenização/reembolso do seguro DPVAT da vítima 20121111111111111111, 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 anexados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos como: DEPARTAMENTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL (DPVS) ou DEPARTAMENTO DE SINISTRO (DPVAT) ou DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT;
 - Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (ou/ou empresa) ou LTDA;
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
 - Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta POUPIANCA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
 - CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (verifique no site 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/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 informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº AGENCIA (com dígitos, se aplicável) _____ N.º _____

PARA CREDITO EM CONTA POUPANCA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONOMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGENCIA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHECO O RECEBIMENTO E DOU CONHECIMENTO DA QUALquer REFECCAO.

LOCAL DATA

ASSINATURA DO BENEFÍCIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos 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.dpvartsigodotransito.com.br ou tigre para o SAC DPVAT 0800-0221204



Bradesco

Dia & Noite

BON - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA CORRENTE TERM. 014728
VALDECIR MOREIRA DA SILVA 14741 003
AGENCIA 0735 CONTA 00065397-3 21/AGO/2017

DISPONIVEL	
TOTAL DISPONIVEL	20,00
CONTA CORRENTE	20,00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

29 AGO 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

29 AGO 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Valdeci Marisa da Silva, portador da carteira de identidade nº 036.573.849-82 e inscrito no CPF/MF sob o nº 816.524.373-04, residente e domiciliado na Joaquim Pernambuco, 047 C5A, Cidade Pedra Branca, Estado CE, 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:

- (X) 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 MAI 2017
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luis, 300 - Loja 141 Aldeota - Fortaleza / CE

Valdeci Marisa da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Pedra Branca, 01/05/2017

Local e data

57619



UNIDADE DE URGÊNCIA E PRONTO ATENDIMENTO
ACOLHIMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Entrada na Unidade Data 26/10/17 Hora: 10 h 16 m Data Nasc. 14/08/79
Nome:

Valdeci Moreira da Silva Idade: 37 Tel:
Sexo: M Estado Civil: Profissão: Escolaridade:

Sinais Vitais: PA: 140/80 mmHg FC: bpm FR: lpm T:

Queixa Principal:

Fatores de Risco:

Risco: ALTO

MODERADO

BAIXO

Referência ao PSF

OBS:

Valdeci

Assinatura do Paciente

Hora:

AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL

HDA e Exame Físico Direcionado

Respiração regular e profunda

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 MAI 2017

Hipótese(s) Diagnóstico(s) Parovável(s)

Fratura

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Lins, 300 - Loja 147
Aldoá - Fortaleza / CE

Destino do Paciente

Alta Administração de medicamentos Observação 12h PSF
 Internamento Transferência de Emergência Outros Procedimentos

JK

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS/PROCEDIMENTOS

① RX 100mls	10:50	Claudio Oliveira Moreira Técnico em Enfermagem CRF: 2573
② Oftalm 10mls		
③ Furoc. 100mls		

Dr. Turu de Sá Barreto
MÉDICO
CRM 17.069

Assinatura CRM

Almudena Brilido
Sábari Sábari
Hospital Regional São Francisco
Assinatura CRM

03/01

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Valdecir Marizia da Silva,
CMH
RG nº 03657384982, data de expedição 18/08/2015 Órgão 55PICE,

CPF nº 816.524.373-04, 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)	Joaquim Pernambuco
Número	047
Apto / Complemento	CSA
Bairro	CJ Santa Teresinha
Cidade	Pedra Branca
Estado	PI
CEP	63630-000
Telefone de Contato	(88) 3515-2329 ou (88) 99703-7419
E-mail	

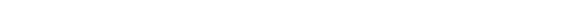
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

23 MAI 2017

Local e Data: Pedra Branca, 17/05/2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE

Assinatura do Declarante: 

**6348266-5**

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438

de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Pedro Valdevino, 150

CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 08.106.848-3

Cedex agora é **nel****CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº****468872303**

Rota 06 14030 03 278500 - 4 Data de Emissão 09/03/2017

Nome FRANCISCA FRANCIEUDA SILVA

End. Postal RU JOAQUIN CARVALHO 00047 00047 CS A
CJ SANTA TEREZINHA - PEDRA BRANCA - 63630000Medidor 1613553 Posto 0000 A32N
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 600868173-88 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso dessa conta.
Mar/2017: 09/03/2017	08/04/2017	08/04/2017	Conjunto FEDER BKRICH Jan/2017 100/3817 EISD 24,44

CFOP

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	Apuração Individual
75,69	27,00%	20,49	DIC	5,81 12,62 21,45 3,02 0,00 0,00
			FIC	0,00 6,72 13,45 0,00 0,00 0,00
			DMIC	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1059.B988.1460.4079.1000.R-01.9226.RC03

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lit. Atual	Lit. Anterior	Constat.	Consumo (kWh)	Conc. Incl.	Conc. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
------------	---------------	----------	---------------	-------------	------------	------------------	-------------

303	298	1,64	104	0,00	104	0,14768	75,69
-----	-----	------	-----	------	-----	---------	-------

09/03/17 - 08/02/17 - 29 DIAS

VALOR (R\$)

75,69

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	75,69
MULTA MORATORIA REF 02/2017	1,53
JUROS DO MES	0,05
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,37
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,96)	

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT****CONTEUDO NAO VERIFICADO****23 MAI 2017****Gente Seguradora S/A**
Av. Dom Luís, 300 - Loja 141
Aldeota - Fortaleza / CE

*Telefone à/ contato
(88) 3515 2329*

88.64

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu. Liderlania Gabriel Alecrim

RG nº 2006098105647, data de expedição 10/08/06, Órgão SSP/CE.

CPF nº 046.789.423-00, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que 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)	Av. Armando Sins
Número	126
Apto / Complemento	
Bairro	Bela Esperança
Cidade	Pedra Branca
Estado	Ceará
CEP	63.630 - 000
Telefone de Contato	(88) 3515-2329
E-mail	
<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE SINISTROS <input type="checkbox"/> DPVAT <input type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
23 MAI 2017	

Por ser verdade, firmo-me,

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE

Local e Data: Pedra Branca - CE, 17/05/2017

Assinatura do Declarante: Iderlania Gabriel Alecrim

Esta é a segunda via de
ABR/2017

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE	
6547087	7
VENCIMENTO	
06/04/2017	
TOTAL A PAGAR (R\$)	
30,62	

DESCRÍÇÃO DA CONTA

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh
Consumo faixa 31-100 Kwh

Quantidade	↳ Tarifa	↳ Valor (R\$)
30	0,17592	5,27
62	0,30156	18,70

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Proxim. Leitura
04/04/2017	04/05/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B501.4008.12C8.259E.F1AC.0928.7944.EF99

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
1,44	ISENTO	

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	14,49
TRANSMISSÃO	0,26
DISTRIBUIÇÃO	5,05
ENCARGOS SETORIAIS	2,63
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,60
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
MONTEUDO NAO VERIFICADO	

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto PEDRA BRANCA

Mes FEV/ 2017

	Padrão Individual	Apuração		
	Mensal	Trim. (Anual)	Mensal	Trim. (Anual)
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	1,67
FIC (un)	3,36	6,72	13,45	1,00
DMIC (h)	3,03			1,67

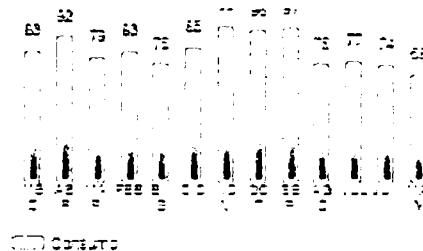
23 MAI 2017

Gente Seguradora S/A

Av. das Américas, 300 - Loja 147

Aldeota - Fortaleza / CE

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



DETALHES

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecologica (ECO)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Este é o seu número de cliente

Nº do Cliente: **6547087-7** N° da Nota Fiscal: **471976366** Total a Pagar (R\$): **30,62**
Data de Emissão: **06/04/2017** Referência: **ABR/2017** N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do DEPARTAMENTO DE SINISTROS Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber DPVAT examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na lei 9.613/98.

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 MAI 2017

Pelo exposto, eu, Iderlania Gabriel Alecrim, portador(a) do
RG nº 2006098105647, expedido por SSP/CE

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aquiraz - Fortaleza / CE

10 108 106, CPF/CNPJ nº 046.789.423-00,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Valdeir
Morais da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez
da vítima Valdeir Morais da Silva, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Reclusa Renda Mensal: R\$ Reclusa

Documentos comprobatórios: Reclusa

Iderlania Gabriel Alecrim
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

5749



UNIDADE DE URGÊNCIA E PRONTO ATENDIMENTO
ACOLHIMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Entrada na Unidade Data 26/10/317 Hora: 10 h 10 m Data Nasc. 14/08/79
Nome:

Valdeci Moreira da Silva Idade: 37 Tel:
Sexo: M Estado Civil: Profissão: Escolaridade:

Sinais Vitais: PA: 140/80 mmHg FC: bpm FR: lpm T: °C

Queixa Principal:

Fatores de Risco:

Risco: ALTO MODERADO BAIXO Referência ao PSF

OBS:

Valdeci

Assinatura do Paciente

HDA e Exame Físico Direcionado

Pano no queixo operado
auscultação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

23 MAI 2017

Hipótese(s) Diagnóstico(s) Parovável(s)

Grafos

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE

Destino do Paciente

Alta Administração de medicamentos Observação 12h PSF
 Internamento Transferência de Emergência Outros Procedimentos

[Signature]

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS/PROCEDIMENTOS

① Rx, antibio fragos	Claudio Oliveira Moreira Técnico em Enfermagem CRF: 257
② Rx Rx Rx Rx Rx	10:50
③ Rx Rx Rx Rx Rx	10:50

Assinatura CRM

Dr. Turu de Sá Barreto
CRM: 17.069

Atendente: Dr. Turu de Sá Barreto
CRM: 17.069
03/04/2017

FICHA DE
REFERÊNCIA

1- PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS
2- AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO
ORIENTADO-O PARA RETORNAR COM A
1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM

PEDRA BRANCA

UNIDADE DE ORIGEM

H MSS.

DISTRITO SANITÁRIO

80

MUNICÍPIO

NOME

Valdeci Moura de Souza

PRONTUÁRIO Nº

SEXO

M

F

DATA DE NASCIMENTO

19/08/78

OCUPAÇÃO

Recebedor

ENDERECO

R. Antônio Corrêa

BAIRRO

TELEFONE
9-98364646

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Poente em trevo em ambas segurado caindo em obstruindo os membros no movimento
de ambas as pernas. Foi feita a clavícula

RESULTADO DE EXAMES

IR nenhuma. Foi feita a clavícula

CONDUTA JÁ REALIZADA

Analise e imobilizado

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura

~~alt clav~~

FUNÇÃO

~~26.02.17~~

~~11:00~~

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO

AMBULATÓRIO

HOSPITALAR

AUXÍLIO DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

PROFISSIONAL

UNIDADE DE REFERÊNCIA

DATA

HORA

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

MUNICÍPIO

PRONTUÁRIO Nº

ALTA

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 MAI 2017

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE

RESULTADO DE EXAMES

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CID:

SECUNDÁRIO 1:

CID:

SECUNDÁRIO 2

CID:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

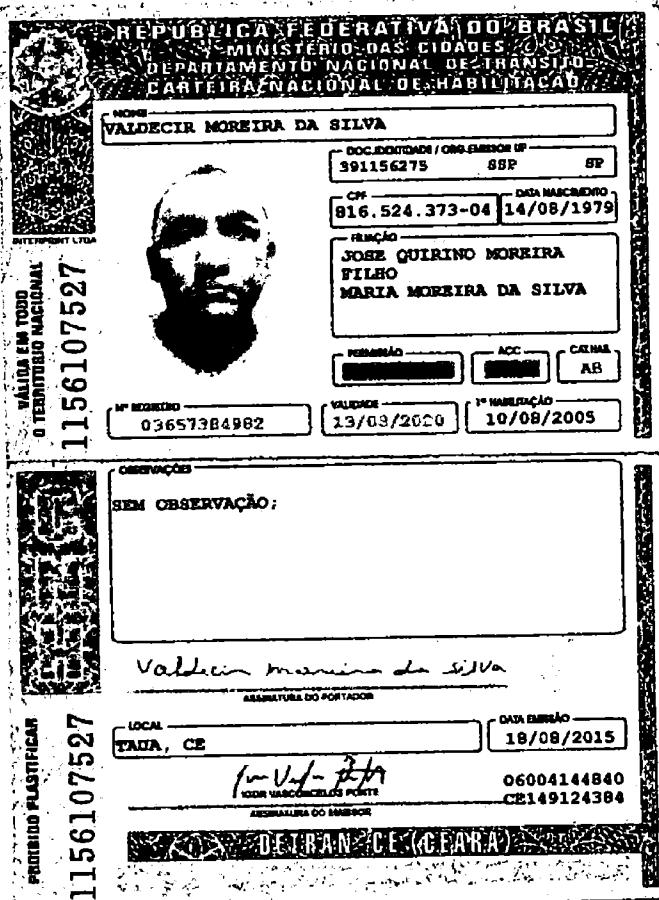
PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM NÃO O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM NÃO

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA



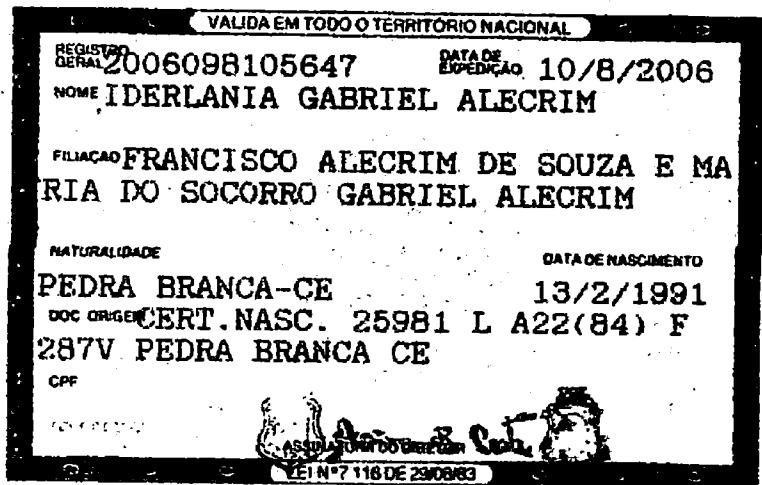
Telefono 71 contatto

(88)35152329
(88)9.97037419

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

23 MAI 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE

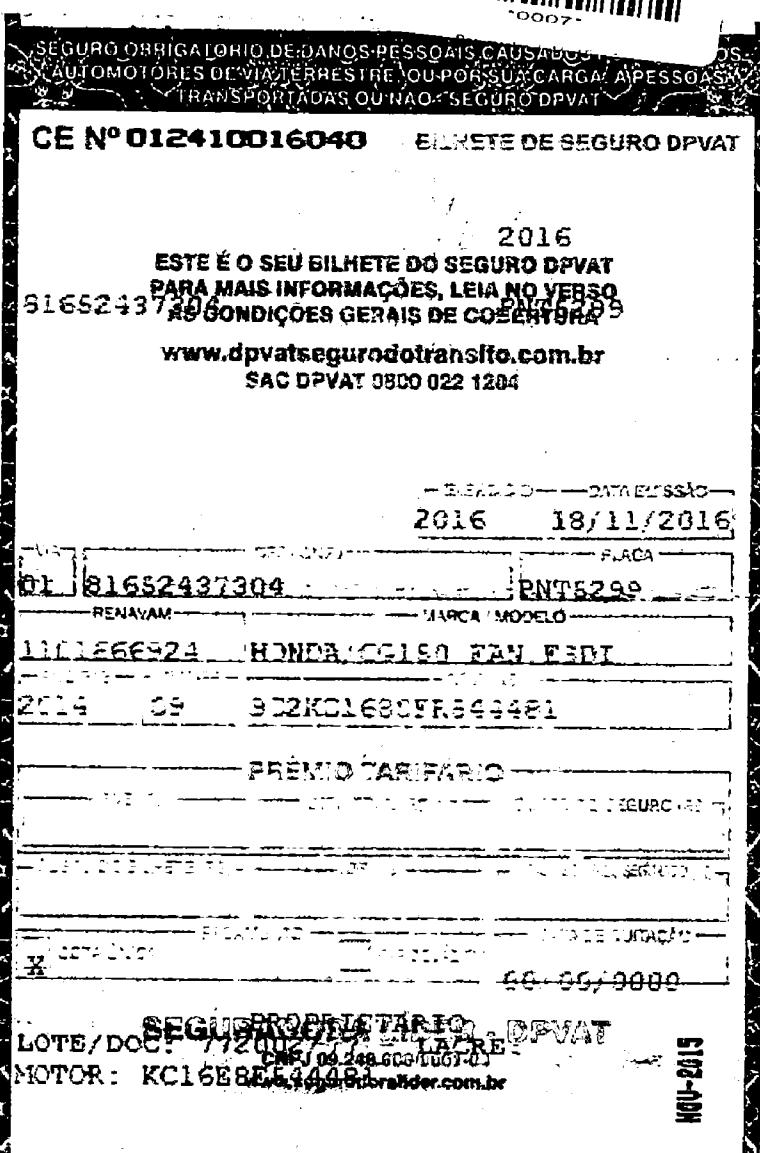
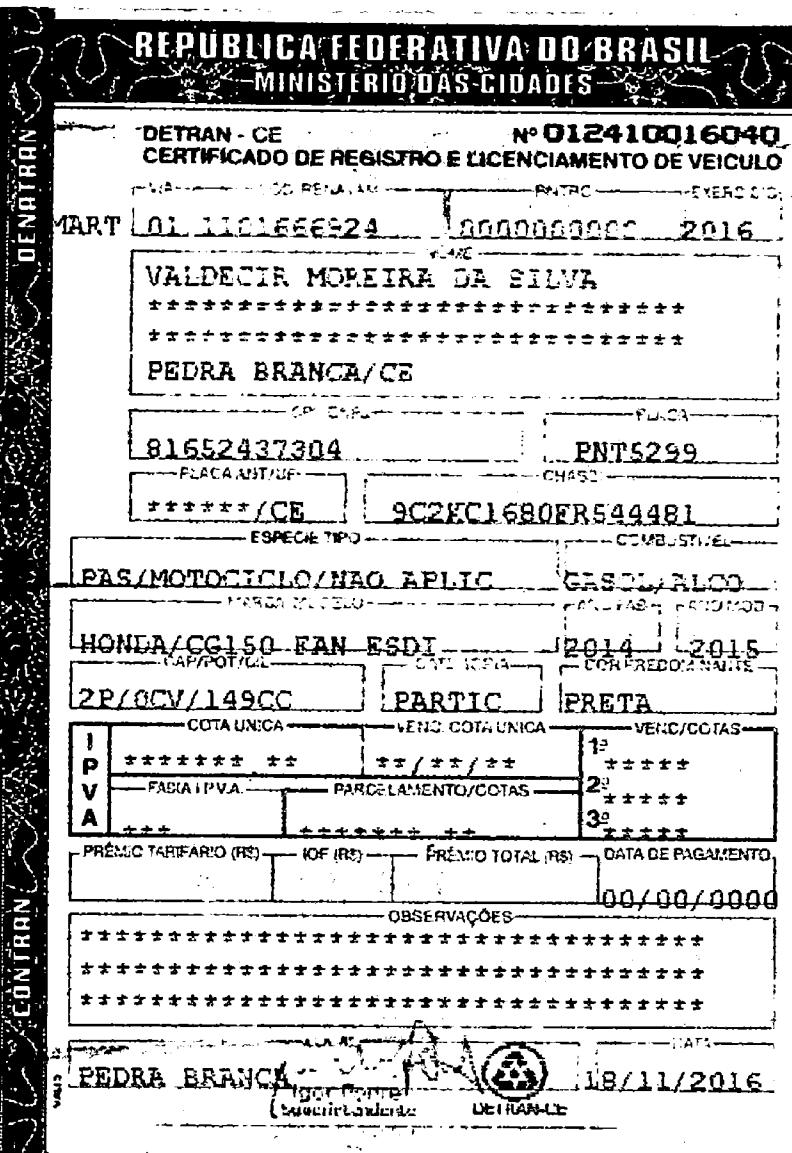


DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

23 MAI 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE



2º Ofício Extrajudicial de Pedra Branca
Praca Leonardo Viana, 66 Centro - CEP 63.030-000 - Pedra Branca - CE
Fone / Fax (088) 751-1227 - carol@pedrabranca.com.br

AUTENTICAÇÃO nº 624784
AUTENTICO esta cópia fotostática, que é a reprodução fiel
do documento apresentado, com o qual confere a dou fé.
Pelo Brasil - 08 de Abril de 2017. Em testem. Vida verdade

Franklin SANTOS ALVES DA SILVA - Escrivão Jirame
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE



DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

23 MAI 2017

Gente Seguradora S/
Av. Dom Luis, 300 - Loja 141
Altinópolis - Fortaleza / CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170289170 **Cidade:** Pedra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 26/03/2017 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de clavícula esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170289170 **Cidade:** Pedra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 26/03/2017 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA COM DESALINHAMENTO E FRAGMENTO ÓSSEO.

Descrição do exame ENCURTAMENTO, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO, ROTAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE
médico pericial: SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MSE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/06/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: valdeci moreira da silva

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro

Profissão: agricultor

Identidade: CNH 03657384982 CPF: 816.524.373-04

Endereço: Jinguiim Parque, 047 C.S.A

OUTORGADO:

Nome: Ideônio Gabriel Alencar

Nacionalidad: Brasileira Est. Civil: Solteira

Profissão: autônomo

Identidade: 2006098105647 CPF: 046.789.423-00

Endereço: Almondo Bini, 136

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante DEPARTAMENTO DE SINISTROS
procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para CONTEUDO NAO VERIFICADO
representar-me perante a qualquer SEGURADORA, a fim de receber a indenização 23 MAI 2017
referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de
Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta
dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito
cumprimento deste mandato, da
Dente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Amapá - Fortaleza / CE

Vítima infeliz menina de serra

Local e Data: Pedra Branca 01/05/2017

Valley maxima do Silver

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

