

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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



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 início 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 início 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 nº: 11597604

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.: 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

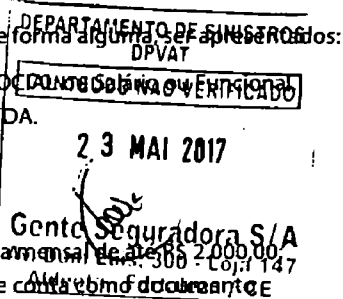
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Waldemar Moreira da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 03657384982 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 18/08/2015 E
CPF 816524373-04 / CNPJ 0000000000-00000-00, PROFISSÃO Agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Waldemar 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** 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 o depósito de comprovatório 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 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 237 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 Buarque L. 17 de maio de 2017 Waldemar 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 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 comprovante é emitido em
papel termossensível. A vida útil dos
dados impressos é de 5 anos, mas é
preciso tomar alguns cuidados: não

039760



Bradesco

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 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 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 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.
- 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" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- 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 | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


MÉDICO - CREMEC 9050



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 523 - 418 / 2017

Dados da Ocorrência

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:

361260
0197185/17

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VALDECIR MOREIRA DA SILVA**
Nascimento: **14/08/1979** CPF: **816.524.373-04**
RG: **391156275** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA MOREIRA DA SILVA**
JOSÉ QUIRINO MOREIRA FILHO
Endereço: **RUA JOAQUIM CARVALHO, 47**
Bairro: **SANTA TEREZINHA**
Município: **PEDRA BRANCA/CE**
País: **BRASIL**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

23 MAI 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 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 medica em anexo; Que procurou esta Delegacia de policia 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:

Valdecir Moreira da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

EU, Valdecir Moreira da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº CNH 03657384982 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 18/08/2015 E
CPF 84652437304 /CNPI 00000000000000000000 PROFISSÃO aprendiz
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 50, Salário ou Funcional.
- 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 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 nova conta bancária).
- 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 SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 JUL 2017

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

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

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

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0133 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 003491-4

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

Valdecir Moreira da Silva 03 de julho de 2017 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE

EXTRATO CONTA POUPANCA FACIL

TERM. 039928

VALDECIR MOREIRA DA SILVA

12:43 HRS

AGENCIA 0735 CONTA 1003491-4

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
Aldcota - 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, Valdeci Manoel da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº CVH 03657384982 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 18.08.2015 E
CPF 818524373-04 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Advogado
E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valdeci Manoel 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.

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 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 com documentação comprobatória 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 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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0735 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 6997-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, 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.

Valdeci Manoel da Silva de 18 de agosto de 2017
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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

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

EU, Valdeir Moreira da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 394156275 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 18/08/15 E
CPF 81650437304 /CNPJ _____, PROFISSÃO Agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valdeir Moreira 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
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

9 de JUL 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
de Aldeia do 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 benefício;
- 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;
- 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 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0335 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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Pedro Branco de 19 de Julho de 2017 x Valdeir 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 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.



Bradesco

Dia & Noite

BON - BRANCO DIA E NOITE

EXTRATO CONTA POUPANCA FACIL

TERM. 014728

VALDECIR MOREIRA DA SILVA

16:01 HRS

AGENCIA 0735 CONTA 1003491-4

18/JUL/2017

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL

0000

+ CONTA POUPANCA FACIL

0000

SD DEPOS ATE 3/5/12

0000

SD DEPOS A PARTIR 4/5/12

0000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

19 JUL 2017

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luis, 300 - Loja 147

Aracaju - 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 letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Valdeir Manoel da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº CNH 03657384982 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 18/08/2017 E
CPF 818529373-04 / CNPJ 000000000-00000000 PROFISSÃO procurador
E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valdeir Manoel 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: **DEPARTAMENTO DE SINISTROS** ou **DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT**
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (DPVAT 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 (recomenda-se a consulta ao 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/beneficiários.

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 231 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0735 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0006997-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, 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.

Valdeir Manoel da Silva de 21 de Agosto de 2017
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.dpvat.seguredotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Bradesco

Dia & Noite

BON - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA CORRENTE TERM. 014728
VALDECIR MOREIRA DA SILVA 14141 IRS
AGENCIA 0725 CONTA 0005897-3 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 Moreira da Silva, portador da carteira de identidade nº CNH 03657384982 e inscrito no CPF/MF sob o nº 816.524.373-04, residente e domiciliado na Jaquim Catzalto, 047 CSA, 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.

Valdeci Moreira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

| |
|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT |
| CONTEUDO NAO VERIFICADO |
| 23 MAI 2017 |
| Gente Seguradora S/A Av. Dom Luis, 300 - Loja 147 Aldeota - Fortaleza / CE |

Pedra Branca de 17/05/2017

Local e data

549

UNIDADE DE URGÊNCIA E PRONTO ATENDIMENTO
ACOLHIMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO



Entrada na Unidade Data 26/03/17 Hora: 10 h 10 m Data Nasc. 14/08/79

Nome:

Valdeir Moreira da Silva Idade: 37
Sexo: M. Estado Civil: Profissão: Tel:
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:

Valdeir

Assinatura do Paciente

Hora:

AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL

HDA e Exame Físico Direcionado

Doença no qual o paciente apresenta

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 MAI 2017

Hipótese(s) Diagnóstico(s) Provável(is)

Gripes

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

Destino do Paciente

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

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS/PROCEDIMENTOS

1) Rx, antibiótico, analgésico
2) Op/lemb, hipo Tm
3) Imobilizadores

Claudio Oliveira Moreira
Técnico em Radiologia
CRP 2571

10:50

Dr. Iury de Sá Barreto
MÉDICO
CRM 17.069

Assinatura CRM

Atina Alina Brito
Sara Silva
Hospital Municipal de Pedra Branca
Rua Almeida Costa Romão
03-04-17

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Valdeir Moreira da Silva

CNH

RG nº 03657384982, data de expedição 18/08/2015, Órgão SSP/CE

CPF nº 816.514.373-04, 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>Joaquim Paranhos</u> |
| Número | <u>047</u> |
| Apto / Complemento | <u>CSA</u> |
| Bairro | <u>CJ Santa Terezinha</u> |
| Cidade | <u>Pedra Branca</u> |
| Estado | <u>Piauí</u> |
| CEP | <u>63630-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(88) 3515-2329 ou (88) 99703-7419</u> |
| E-mail | |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

23 MAI 2017

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pedra Branca, 17/05/2017Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CEAssinatura do Declarante: Valdeir Moreira da Silva

6348266-5
 Para aplicar seu standamento, utilize o nº acima
 sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.438
 de 20 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.261/0001-70 | CGF 08.106.848-3

Cosel
 agora é enel

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

| DATAS | | | ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO | | |
|---|----------------------|--------------------------|--------------------------------------|---------------------|----------------|
| Mês de Referência | Data da Apresentação | Previsão Próxima Leitura | Veja a legenda no verso desta conta. | Conjunto | FECH 6348266-5 |
| Mar/2017 | 09/03/2017 | 08/04/2017 | Mês | Jan/2017 | EUSD 24,44 |
| ICMS | | | Padrão Individual | Apuração Individual | |
| Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto | Mensal | Trím. | Anual |
| 75,69 | 27,00% | 20,47 | DIC | 5,30 | 15,92 |
| ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL | | | FIC | 0,05 | 0,15 |
| 1059.8368.1498.4079.1003.F-21.3286.FE23 | | | OMIC | 0,00 | 0,00 |

| INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO | | | | | | | |
|---|----------------|--------|---------------|-------------|-------------|------------------|-------------|
| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Excl. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
| 3003 | 2905 | 1,00 | 104 | 0,00 | 104 | 0,11,78 | 75,69 |
| 09/03/17 | 08/02/17 | | 29 DIAS | | 104 | | 75,69 |
| VALOR (R\$) | | | | | | | 75,69 |
| VALOR CONSUMO DO MES | | | | | | | 1,53 |
| MULTA MORATORIA REF 02/2017 | | | | | | | 0,05 |
| JUROS DO MES | | | | | | | 11,37 |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL | | | | | | | |
| ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,96) | | | | | | | |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT

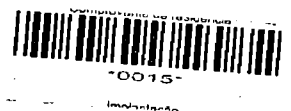
CONTEUDO NAO VERIFICADO

23 MAI 2017

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

Telefone P/contato
 (85) 3515 2329

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Iderlania 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 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Av. Armando Lima</u> |
| Número | <u>126</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Bela Esperança</u> |
| Cidade | <u>Pedra Branca</u> |
| Estado | <u>Ceará</u> |
| CEP | <u>63.630 - 000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(88) 3515 - 2329</u> |
| E-mail | |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO 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

Coelce
agora é



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B 4 | Nº **471976366**

Companhia Energética do Ceará

Rua Pedro Nogueira, 150 | CEP 60135-010 - Fortaleza - CE

CNPJ: 07.017.251/0001-70 - CGF 00.105.816-3

Atividade: Serviço de Energia Elétrica

Inscrição Estadual: 10.405.000

28/04/2017 - 2017

DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de

ABR/2017

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

6547087

07

VENCIMENTO

11/05/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

30,62

End. da Unidade Consumidora **AV ARMANDO LINS 00126 BR B ESPERANCA PEDRA BRANCA 63630000**

RG / CPF / CNPJ **043.926.413-84**

CGF

Classe **01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA**

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☐ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Futurado

24831

24739

1

92

0

92

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☐ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

04/04/2017

04/05/2017

ENERGIA

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

30
62

0,17592
0,30156

5,27
18,70

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ICMS

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

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,07)

1,44
5,21

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA
TRANSMISSÃO
DISTRIBUIÇÃO
ENCARGOS SETORIAIS
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)

14,49

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto PEDRA BRANCA

Mes **FEV/ 2017**

23 MAI 2017

CM: 8,72

Gente Seguradora S/A

Av. Duque de Caxias, 300 - Loja 147
Fortaleza - CE

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

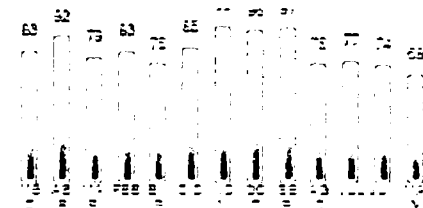
Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica (ECO)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Consumo

Nº do Cliente: **6547087-7**

Nº da Nota Fiscal: **471976366**

Total a Pagar (R\$): **30,62**

Data de Emissão: **06/04/2017**

Referência: **ABR/2017**

Nº 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 Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
receber DPVAT
CONTÉUDO 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
Aracaju - Fortaleza / CE

10 108 1 06, CPF/CNPJ nº 046.789.423-00,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Valdeir
Moreira da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidadez
da vítima Valdeir Moreira da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

Iderlania Gabriel Alecrim
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Secretaria Municipal da Saúde
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA
Hospital Municipal

549

UNIDADE DE URGÊNCIA E PRONTO ATENDIMENTO
ACOLHIMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO



Entrada na Unidade Data 26/03/17 Hora: 10 h 10 m Data Nasc. 14/08/79
Nome:

Valdean Moreira da Silva
Sexo: M. Estado Civil: Idade: 37 Tel:
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:

Valdean
Assinatura do Paciente

Hora:

AValiação Médica Inicial

HDA e Exame Físico Direcionado

Planejamento no pronto atendimento

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 MAI 2017

Hipótese(s) Diagnóstico(s) Provável(is)

Gravidez

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

Destino do Paciente


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

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS/PROCEDIMENTOS

1) Rx para dor
2) Opióides
3) Inibidores de ácido gástrico
Claudio Oliveira Moreira
Técnico em Radiologia
10:50

Dr. Tury de Sá Barreto
MÉDICO
Assinatura CRM

03-04-17

| | | | | | |
|--|--|------------------------------------|---------------------------------|--|------|
|  PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA SIA-- SUS - Secretária de Saúde | | 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 À UNIDADE DE ORIGEM | |
| UNIDADE DE ORIGEM <u>H.M.S.S.</u> | | | | | |
| DISTRITO SANITÁRIO <u>8º</u> | | | | MUNICÍPIO | |
| NOME <u>Valdeir Moura do Silveira</u> | | | | PRONTUÁRIO Nº | |
| SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | DATA DE NASCIMENTO <u>19/08/78</u> | | OCUPAÇÃO <u>Agente de Saúde</u> | |
| ENDEREÇO <u>R. Henrique Cordeiro</u> | | BAIRRO | | TELEFONE <u>9-98364646</u> | |
| MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO <u>Paciente com trauma no ombro esquerdo evoluindo com olesão e fraturas do osso</u> | | | | | |
| RESULTADO DE EXAMES <u>1º exame: fratura do osso</u> | | | | | |
| CONDUTA JÁ REALIZADA <u>Analise e imobilização</u> | | | | | |
| IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <u>Fratura</u> | | | | | |
| ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO - Nº REGISTRO | | FUNÇÃO <u>Atendente</u> | | DATA <u>26.02.17</u> HORA <u>11:00</u> | |
| AGENDAMENTO | | | | | |
| ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> AMBULATORIAL <input type="checkbox"/> HOSPITALAR <input type="checkbox"/> 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 Luis, 300 - Loja 147 Aldeota - Fortaleza / CE | | | | | |
| RESULTADO DE EXAMES | | | | | |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | | | | | |
| SECUNDÁRIO 1 | | | | | |
| SECUNDÁRIO 2 | | | | | |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | | | | | |
| PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO | | | | | |
| O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> | | | | | |
| ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO | | FUNÇÃO | | DATA | |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
VALDECIR MOREIRA DA SILVA

DOC. EMISSOR / ORG. EMISSOR UF
391156275 SSP SP

CPF
816.524.373-04

DATA NASCIMENTO
14/08/1979

FUNÇÃO
JOSE QUIRINO MOREIRA
FILHO
MARIA MOREIRA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CENAL
AB

Nº REGISTRO
036573B4982

VALIDADE
13/03/2020

1ª HABILITAÇÃO
10/08/2005

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Valdecir Moreira da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TACUA, CE

DATA EMISSÃO
18/08/2015

06004144840
CE149124384

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1156107527

PROIBIDO PLASTIFICAR
1156107527



0012

Declaração de Validade de Documento

Telefone P/ contato

(88) 35152329
(88) 9.97037419

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 MAI 2017

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



0012

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006098105647 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/8/2006

NOME IDERLANIA GABRIEL ALECRIM

FILIAÇÃO FRANCISCO ALECRIM DE SOUZA E MARIA DO SOCORRO GABRIEL ALECRIM

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

PEDRA BRANCA-CE

13/2/1991

DOC ORIGEM CERT.NASC. 25981 L A22(84) F

287V PEDRA BRANCA CE

CPF



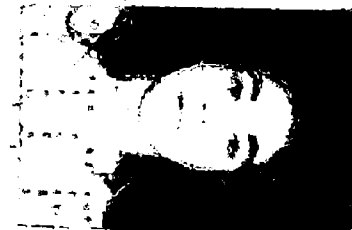
LEI N° 7.116 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



FOTOGRAFIA



Iderlania Gabriel Alecrim

CARTEIRA DE IDENTIDADE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

23 MAI 2017

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012410016040
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

RENAVAM 01 1101666924 PLACA PNT5299 DATA 2016

VALDECIR MOREIRA DA SILVA

PEDRA BRANCA/CE

81652437304 PNT5299

*****/CE 9C2KCI1680FR544481

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC GASOL ALCO

HONDA/CG150 FAN ESDI 2014 2015

2P/OCV/149CC PARTIC PRETA

| | | | | |
|---|----------|--------------------|----|-------|
| 1 | ***** ** | **/**/** | 1º | ***** |
| P | FABR/PVA | PARCELAMENTO/COTAS | 2º | ***** |
| V | ***** ** | ***** ** | 3º | ***** |
| A | ***** ** | ***** ** | | |

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

OBSERVAÇÕES

PEDRA BRANCA 18/11/2016



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

CE Nº 012410016040 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
51652437304 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGURO

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 18/11/2016

01 81652437304 PNT5299

1101666924 HONDA/CG150 FAN ESDI

2014 09 9C2KCI1680FR544481

PRÊMIO TARIFARIO

PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

00/00/0000

OBSERVAÇÕES

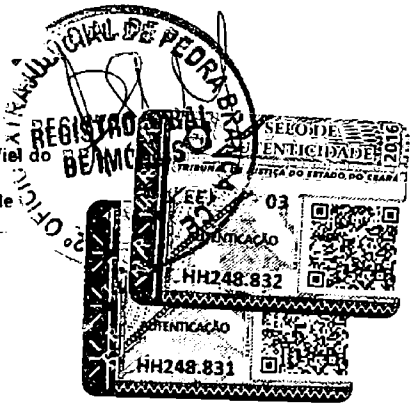
LOTE/DOC 712002770-1

MOTOR: KC16E8E544481

2º Ofício Extrajudicial de Pedra Branca
Praça Leonardo Maia, 06 Centro CEP: 63.630-000 - Pedra Branca - CE
Fone: Fax: (085) 35161027 - cartorio2pedrabranca@gmail.com

AUTENTICAÇÃO nº 024794
AUTENTICO esta cópia fotostática, que é a reprodução fiel do documento apresentado, com o qual conferi e dou fé.
Pedra Branca, 08 de abril de 2017. Em testem da verdade

Francisca Sanyllia Almeida Silva - Escrivente Juramentada
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE



DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

23 MAI 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 14
Aldeota - 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 médico pericial: ENCURTAMENTO, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO, ROTAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE 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: Valdeir Moreira da Silva
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Agricultor
Identidade: CNH 03657384982 CPF: 816.524.373-04
Endereço: Joaquim Patralha, 047 CS A

OUTORGADO:

Nome: Idelânia Gabriel Alarim
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: solteira
Profissão: Autônomo
Identidade: 8006098105647 CPF: 046.789.423-00
Endereço: Alameda Lima, 116

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer SEGURADORA, a fim de receber a indenização 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, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

23 MAI 2017

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

Vítima Valdeir Moreira da Silva

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

Valdeir Moreira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

