

OUTROS

1004054



Curitiba, 24 de Julho de 2013

Ilmo. (a) Senhor (a).
Nome: ROGEL DE SOUZA DANTAS
End.: RUA 09, CASA 77 – SITIO CORREGO
Cidade: FORTALEZA - CE

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT –
Sinistro de IPA – ROGEL DE SOUZA DANTAS

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos os documentos do processo acima mencionado em 24/07/2013, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade de documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- Deverá ser apresentado junto ao processo;

1. AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO PREENCHIDA E ASSINADA PELA VITIMA.
2. NUMERO DE AGENCIA E CONTA DA VITIMA.
3. EXTRATO BANCARIO.
4. PRONTUARIO MEDICO COMPLETO.

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Lider/Consórcio -DPVAT, para finalização.

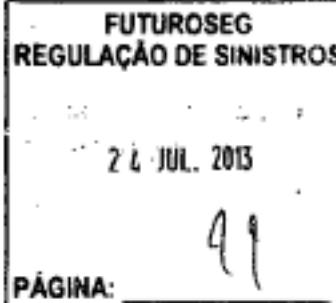
Tal procedimento está em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Lider /Consórcios do Seguro DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo prescricional de 30 dias para regulação do processo.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,

FUTURO SEG
Reguladora de Sinistros



Rua Carlos Dietzsch, 391 - Portão - CEP 80330-000 - Curitiba - PR

Fone/Fax: (41) 3092-3094 (41) 3019-3095 (41) 9948-2122

www.futuroseg.net.br

Curitiba, 24 de janeiro de 2014.

Ilmo. (a) Senhor (a).
Rogel de Souza Dantas
Fortaleza - CE

Prezado (a) Senhor (a):

REF: **SEGURO DPVAT –**
Sinistro de Invalidez – Rogel de Souza Dantas

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos o processo acima mencionado em 24/01/2014, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade de documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- Deverá ser apresentado junto ao processo;

2ª Solicitação

- Numero de conta da vitima.
- Autorização de pagamento.

Dante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Lider/Consórcio -DPVAT, para finalização.

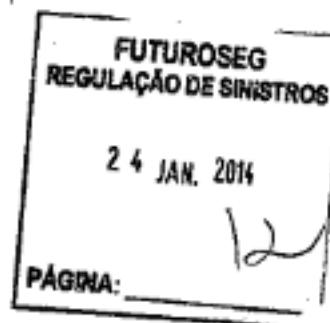
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Lider /Consórcios do Seguro DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo prescricional de 30 dias para regulação do processo.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,


FUTUROSEG



Rua Carlos Dietzsch, 391 - Portão - CEP 80330-000 - Curitiba - PR

Fone/Fax: (41) 3092-3094 (41) 3019-3095 (41) 9948-2122

www.futuroseg.net.br



Seguradora Lider - DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Rogel de Souza Santos

DATA DO ACIDENTE CPF DA VÍTIMA 037.505.433-21

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Vítima **1) REPRESENTANTE LEGAL** CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR Rua 09 **BAIRRO** ST Concessão

Nº 77 **COMPLEMENTO** CEP 66.600-000

CIDADE Fortaleza **UF** CE **TELEFONE** (65) 374-7188

E-MAIL _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

1) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

2) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CERTÍFICO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

3) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

4) TITULO DO IMÓVEL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

5) (DE MÁ POSSIBILIDADE DE APRESENTAR O TITULO DO IMÓVEL) DECLARAÇÃO DE AusÉNCIA DE TITULO DO IMÓVEL (CÓPIA) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASISTENTE (CÓPIA), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AULÁ DEFINITIVA

1) BOLETIM DE ALENDEMENTO HOSPITALAR GUARANHÓ (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

2) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA)

1) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIA) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE VOLTA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

1) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE VOLTA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

1) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE VOLTA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

1) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE VOLTA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

1) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE VOLTA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

1) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE VOLTA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

1) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE VOLTA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

1) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE VOLTA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

1) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE VOLTA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

SEGURADO - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

ID

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- 1) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- 1) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CERTÍFICO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- 1) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- 1) RELATÓRIO DO MÉDICO ASISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- 1) COMPROMISSOS (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, FUTURAS, SIMPLÉS E LEGÍVELS
- 1) NOTAS FISCAIS (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA/ACQUA/PIRANHADAS DO RESPECTIVO FARMACÊUTICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- 1) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA)
- 1) AUTORIZAÇÃO DE INCAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIA ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEN OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- 1) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CERTÍFICO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- 1) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- 1) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA)
- DOS: REPRESENTANTE LEGAL QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 1) Morte = R\$ 13.500,00**
- 2) INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00** ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADUADE VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - 3) DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (NEMU/OLSO).** ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- 4) O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA**
- 5) COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO**
- 6) PARA ACORDAR/ANULAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR**
- 7) DATA: 04/05/2013**
- 8) IDENTIDADE: 33**
- 9) ASSINATURA: Assinatura**

**FUTROSEC
NEGOCIAÇÃO DE SINISTRO**

ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODORA

1) CARTERA DE IDENTIDADE DO TRABALHADOR OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

2) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

3) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (CÓPIA)

DOS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DATA: 04/05/2013

IDENTIDADE: 33

ASSINATURA: Assinatura



 Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 2014/087811 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, Rogel de Souza Dantas

PORTADOR(A) DO RG N° 2003002086605 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 06/07/2005 E
CPF 037505933-21 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Autônomo
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 mesmo. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 - AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 - AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 - AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 - AGÊNCIA 1063 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 56354-0

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

LOCAL Fortaleza - CE DATA 27/01/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Rogel de Souza Dantas

! 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.

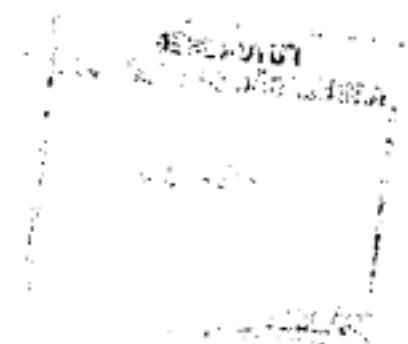
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

03 FEV. 2014

PÁGINA: 2



GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA DO 8. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRENCIA N° 108 - 5191 / 2013

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO	BOLETIM DE OCORRENCIA	*1004026*
Data / Hora da Comunicação: 26/06/2013 08:44:38		
Data / Hora da Ocorrência: 21/06/2013 09:10:00		
Endereço da Ocorrência: R. BERNARDO MANUEL PREFEITO JOSE WALTER FORTALEZA /CE Ponto de Referência: PROXIMO AO REI DO CAMARÃO		

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: PRISCILLA LAIS SANTOS CAVALCANTE Nascimento: 23/07/1992 RG: 484046743 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: Filiação: ALFREDO RICARDO DE SOUSA CAVALCANTE IRANDI CASTRO DOS SANTOS Endereço: R NOVE 77 SITIO CORREGO MONDUBIM FORTALEZA CE BRASIL	Telefone: 85 34697593
Nome: ROGEL DE SOUZA DANTAS Nascimento: 14/04/1990 RG: 2005002086605 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: Filiação: FRANCISCO BATISTA DANTAS ROSANGELA MARIA DE SOUZA DANTAS Endereço: TV IGUAÇU 48 85 34955735 VILA MANOEL SATIRO FORTALEZA CE BRASIL	Telefone: 85 32961045

FUTROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

24 JUL. 2013

PÁGINA: 5

Histórico

Disse o declarante, o condutor ROGEL DE SOUZA DANTAS, que no dia e local supracitado, estava trafegando com a MOTO HONDA CG 125 FAN, COR PRETA, PLACA NQR9138, na via da faixa lado esquerdo quando com outro veículo CAMINHÃO DA EMPRESA Citeluz, PLACA NY08271, que estava a frente, foi para faixa da direita e sem ligar o pisca retornou logo em seguida para a faixa da esquerda a fim de fazer um retorno na via, provocando a colisão com o declarante que abalroou com o lado esquerdo do CAMINHÃO; que na ocasião a garupa, PRISCILLA LAIS SANTOS CAVALCANTE, restou lesionada no pé esquerdo com uma fratura, além de um corte no couro cabeludo e o declarante, ROGEL DE SOUZA DANTAS, restou lesionado com algumas escoriações no corpo; que na ocasião o condutor do outro veículo parou e aguardou o socorro do SAMU; que o declarante e a garupa foram socorridos pelo SAMU e encaminhado ao IUF, lá permanecendo por algumas horas, restando a garupa tido o pé esquerdo imobilizado devido a uma fratura; que na ocasião alguém subtraiu sua MOTO acima retomencionada. E NADA MAIS DISSE.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 8. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 103 - 5191/2013

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 8. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 0

MATRÍCULA: 61289-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Rosel de Souza Santos

ISTO DO DELEGADO(A): _____

Priscilla Faria Santos Cavalcante

FUTROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

24 JUL. 2013

PÁGINA: _____

RENDIMIENTO DE SISTEMAS

100%

100%

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rogel de Souza Dantas, portador da carteira de identidade nº 2005002086605 e inscrito no CPF/MF sob o nº 037505433-81, residente e domiciliado na Rua 09 casa 77 - Bairro Correjo, Cidade Fortaleza, Estado Ceará, 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
- (A) 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.

CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML

1004029



x Rogel de Souza Dantas

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS
24 JUL. 2013
PÁGINA: <u>4</u>

Fortaleza, 17 julho 2013

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rogel de Souza Dantas

RG nº 0005000008660 data de expedição 06/07/05 Órgão SSP/PE

CPF nº 037.505.433-21 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua 09</u>
Número	<u>laser 77</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>sítio Corrugo</u>
Cidade	<u>Portalegre</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>60000 - 000</u>
Telefone de contato	<u>(85) 3469-7593 (85) 8779 3996</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Portalegre, 17 julho 2013

Assinatura do Declarante: Rogel de Souza Dantas

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

24 JUL. 2013

PÁGINA:

3

IAJ PROMOTOR
Romara
ontato: (85) 3046.1120
(85) 8574.7486

██

CTCE FORTALEZA CE PL3

PRISCILLA LAIS SANTOS CAVALCANTE
 RUA NOVE, 77
 CJ RES SITIO CORREGO
 60752-100 FORTALEZA-CE

Referência

MAIO /2013

Telefone

(85) 3469-7593

Vencimento

12/06/2013

Total a pagar

R\$ 107,50

Resumo da sua fatura



OI FIXO..... R\$ 43,26
 OUTROS PACOTES E SERVIÇOS MENSais 43,26



OI VELOX..... R\$ 39,90
 OFERTA VELOX E SERVIÇOS DE BANDA LARGA 39,90
 ASSINATURA VELOX



+ @ EXCEDENTES, OUTROS SERVIÇOS E TAXAS R\$ 24,34
 SERVIÇOS DE TERCEIROS 16,90
 OUTROS VALORES 8,44

TUDO DA SUA CONTA ESTÁ AQUI. MAIS FÁCIL DE ENCONTRAR, ENTENDER E CONFERIR.
 Simplificamos a apresentação dos seus gastos com os serviços Oi pra não deixar dúvidas pra você. Saiba mais no verso.

SUA CONTA ESTÁ EM DÉBITO AUTOMÁTICO?

Facilite a sua vida e não se preocupe mais com a data de vencimento. Acesse www.oi.com.br e saiba mais.

FUTUROSEG
 REGULAÇÃO DE SINISTROS

24 JUL. 2013

PÁGINA: 4

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA CADASTRO: 2000/01/01 00:00:00

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CPF	Nome	RG	ENDERECO	CEP	ESTADO	UF	RG/SC/CEP
Nome da mãe							
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDERECO DO PACIENTE		10.00	45	212	ENDR. MIRANTE
COMPLEMENTO: RUA CORREDO		TELEFONE	CONTATO	MUNICÍPIO	FORTALEZA	CE	06599-000
NOME				IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL			
NOME				PARENTESCO		TELEFONE	
TIPO DE EMPREGO:		CBO DO EMPREGADO		CNPJ DO EMPREGADOR		CÓDIGO DO CNPJ	

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO			
DIURNO			
INTERNAÇÃO	SINAIS VITAIS		
PRESO AR FERIAL		0	REGULAR
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA		0	REGULAR
FREQUÊNCIA CARDÍACA		0	REGULAR
TEMPERATURA		36,00	70
GLUCOSA		0	REGULAR
SATURAÇÃO DE O2		0	REGULAR

LOCAL DA Ocorrência	Local de Ocor.	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO
---------------------	----------------	---------------------------

PRIORIDADE DE ATENDIMENTO		
---------------------------	--	--

ATENDIMENTO MÉDICO		
Nome	11/11/13	
Nome Fisio	Fábio	
CRM	11111111111	
TIPO DE NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	PACIENTE	
ITENS COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO	
ENCARTEAMENTO DO PACIENTE:	CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	11/11/13	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPAÇO VASTA:		

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

1004



ARQUIVO GERAL I.J.P.
ESTA CÓPIA CONFERE
COM A ORIGINAL
DATA 26/11/2013

FUTROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

24 JAN. 2014

PÁGINA: 8

INSTITUT DR. JOSEF FRÖBEL
ZUR BEARBEITUNG VON

What are you going to do?

PARECER MÉDICO 1		
ESPECIALIDADE: fio	DATA/ HORA DA SOLICITAÇÃO: AS H	CARIMBO E ASS. MÉDICO SOLICITANTE:
EXAME CLÍNICO:	Infarto de Mão - Pontos um ondas E. Rx mmo -	
DIAGNÓSTICO:	Cód.:	
CONDUTA:	CIC:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: AS H	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:	
PARECER MÉDICO 2		
ESPECIALIDADE: fio	DATA/ HORA DA SOLICITAÇÃO: / / AS H	CARIMBO E ASS. MÉDICO SOLICITANTE:
EXAME CLÍNICO:		
DIAGNÓSTICO:	CÓDIGO: CIC:	
CONDUTA:		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: / / AS H	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:	
PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL		
PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
(D) Dicp fio		
(D) 58 - 500		
(D) Profud - 01/09/10 196	1937	
(D) 58 - 121, fio		
(D) 58 - 121, fio		
TIPO DE ALTA/SAÍDA		
Alta Médica	DATA PEDIDO:	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:
Transferência	DEBAH	DATA: HORA:
Internação	OBITO	2010-12-12 12:22
OCEDIMENTO:	INTERNAÇÃO	TIPO DE ALTA/SAÍDA:
	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:	DATA: HORA:
OBITO		
ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS? SIM NÃO	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:	DATA OBITO: HORA:
OBSERVAÇÕES: Pontos ondas, mao nova -	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:	
DESTINO DO CORPO: SIM SVD	ENTREGUE À FAMÍLIA (Assinatura):	
	CREM. MUN. DE S. PAULO	
	FUTUROSEG	

Information at www.elsevier.com/locate/jmp

DESTINO DO CORPO

2 ENTREGUE A FAMILIA (Assinatura do Membro) *SMPEC 452*

FUTUROSEG
VALUAÇÃO DE SINISTROS

24 JAN 2014

PÁGINA -



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.: 5220439

O Sr.(a) Rosel de Souza Dantas

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 21/06/13, às 9:51 h.
Tendo como causa do socorro politrau

Observações: Foram removidas as 31 tiras
das costas de Agnes e 17 de roupa

Fortaleza, 21 de 06 de 2013

Médico de Plantão - CRM:

CPF:

Nota de At. Med/CPD/ Boletim de Emergência Reg.000

Dr. Marcelo Holden Pinto
CRM/EM - IJF
CREMNEC 4998 - CPF: 741.944.003-20

FUTUROSEG REGULAÇÃO DE SINISTROS	
24.JUL.2013	
PÁGINA: _____	

Nome: Rogel Danf

RECEITUÁRIO

BE/Prontuário: _____

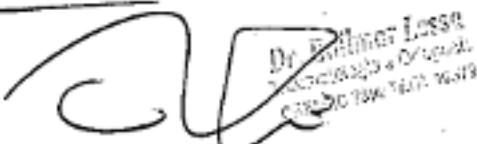
E op

1) Ibujusfeis 600mg TD

to: Icang 2/85
5 dm

Data: 21/06/13

Assinatura e Carimbo do Médico


Dr. Edilson Lessa
PROFISSIONAL
DENTISTA
CRM-CE 10007
CRO-CE 10007

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

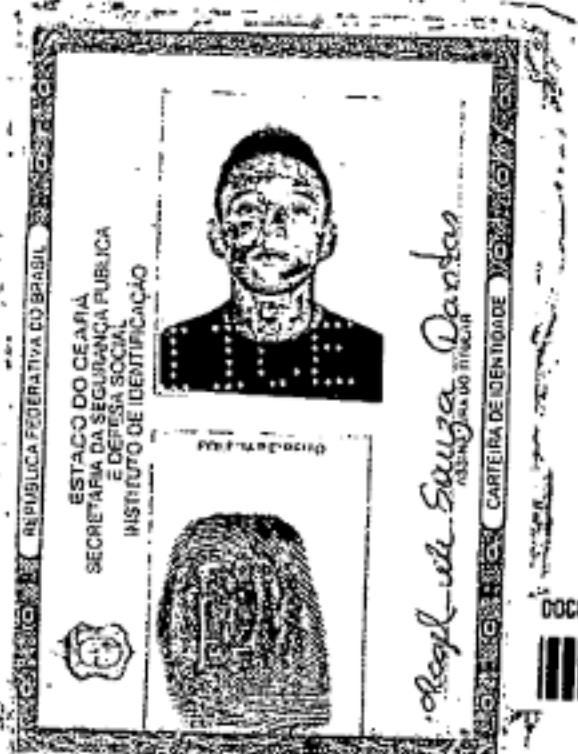
MA 000.603 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A3 (248x310).

**FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS**

24 JUL. 2013

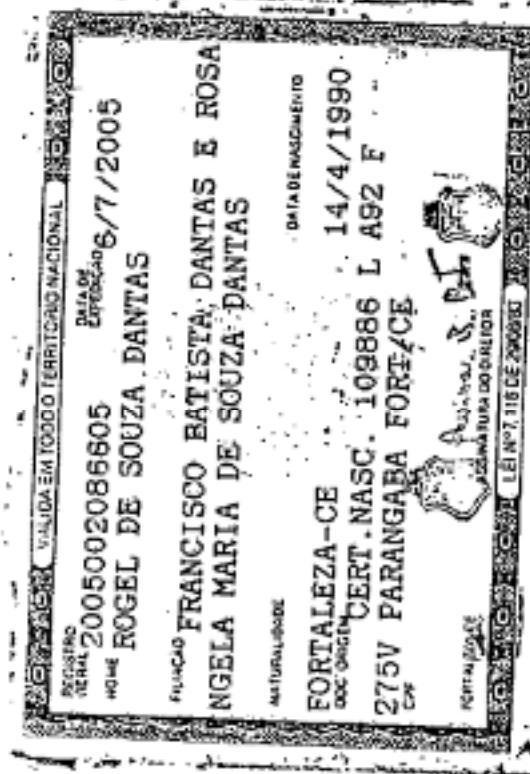
10

PÁGINA:



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



IAJ PROMOTOR
Romara
Intato: (85) 3046.1120
(85) 8574.7488

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

24 JUL. 2013

PÁGINA:



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 037.505.433-21

Nome da Pessoa Física: ROGEL DE SOUZA DANTAS

Situação Cadastral: REGULAR

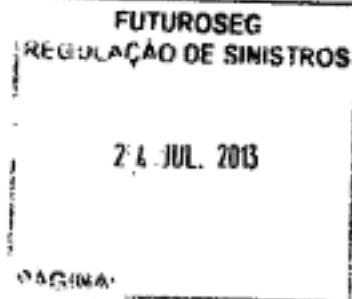
Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 13:49:08: do dia 18/07/2013 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: AF05.5573.F5CF.EA15

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

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014087811**Cidade:** Fortaleza**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ROGEL DE SOUZA
DANTAS**Data do acidente:** 21/06/2013**Emissor do parecer:** Juliana Sena
de Oliveira**Seguradora:** MBM
SEGURADORA S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 441219

PARECER

Data da análise: 11/02/2014**Valoração do IML:** 0,00**Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** POLITRAUMA**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER**Sequelas permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** EDSON ANDRADE**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**Valor avaliado:** 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014087811**Cidade:** Fortaleza**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ROGEL DE SOUZA DANTAS**Data do acidente:** 21/06/2013**Emissor do parecer:** Igor da Silva Bonfim**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A**Prestadora:** ACE Gestão de Saúde Ltda.**CRM do médico:** 3630

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DIREITO.**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA ATROFIA COM PERDA DE FORÇA MUSCULAR DO PUNHO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE DORSO FLEXÃO E PRONO SUPINAÇÃO DO MEMBRO.**Resultados terapêuticos:** SUBMETEU-SE A TRATAMENTO CONSERVADOR COM GESSO, CONSOLIDOU COM DESVIO DORSAL E ENCURTAMENTO, FEZ 22 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 14/02/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** Fernando Rabelo da Silva**UF do CRM do médico:** CE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70	1	25

Valor avaliado: 2.362,50

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/02/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROGEL DE SOUZA DANTAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 00000056354-0

Nr. da Autenticação 8A4BA5D1206B4FFD

**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): **ROGEL DE SOUZA DANTAS** Sinistro: 2014087811 Data: 21/06/2013

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA 09, S/N, CASA 77 - ST CORREGO - Fortaleza - CE - CEP 60060-130**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**MTPS /CE**] 3697861

Data local do exame: [**14/02/2014**] Fortaleza [**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) **FRATURA DO RÁDIO DIREITO. APRESENTA ATROFIA COM PERDA DE FORÇA MUSCULAR DO PUNHO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE DORSOFLEXÃO E PRONOSUPINAÇÃO DO MEMBRO**

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. **SUBMETEU-SE A TRATAMENTO CONSERVADOR COM GESEN, CONSOLIDOU COM DESVIO DORSAL E ENCURTAMENTO, FEZ 22 SESSÕES DE FISIOTERAPIA, RECEBEU ALTA**

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.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (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):
MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

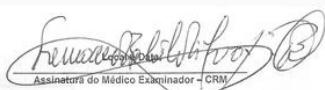
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% 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 do Médico Examinador - CRM
Fernando Rabelo da Silva
ORTOPEDISTA E CIRURGIA DA MÃO
CRM: 3630

Fernando Rabelo da Silva - CRM: 3630 - CE