

OUTROS

\*1004054\*



Curitiba, 24 de Julho de 2013

Ilmo. (a) Senhor (a).  
Nome: ROGEL DE SOUZA DANTAS  
End.: RUA 09, CASA 77 – SÍTIO 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/Consortio -DPVAT, para finalização.

Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Lider /Consortios 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,

*Por lo*  
**FUTURO SEG**  
Reguladora de Sinistros

<b>FUTUROSEG</b> <b>REGULAÇÃO DE SINISTROS</b>
24 JUL. 2013
PÁGINA: 49

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 recebemos 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 vítima.
- Autorização de pagamento.

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

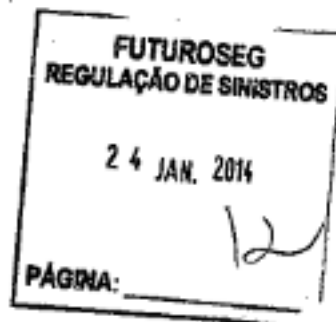
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder /Consórcios do Seguro DPVAT.

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





Seguradora Líder - DPVAT

# SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Regel de Souza Santos  
 DATA DO ACIDENTE 03.07.2013 CPF DA VÍTIMA 037.505.433-21  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR WÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua 09 BAIRRO St. Coruja  
 Nº 77 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_  
 CIDADE Fortaleza UF CE CEP 60.000-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (B.S.) 85374.7488

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
 ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

FUTUROSEG - DEP. 008

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OUTRAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS/COMPRAS DO RESPECTIVO RECIPIENTÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00  
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.  
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 0008 022 1304

### RESPONSÁVEL PELA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

**REGULAMENTO DE SINISTROS**  
**FUTUROSEG**  
 24 JUL 2013



**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 DantasPORTADOR(A) DO RG Nº 2005002086605

EXPEDIDO POR

SSP-CR

EM 06/07/2005 ECPF 037505433-21 / CNPJPROFISSÃO Auto-motomE RENDA MENSAL DE R\$ 1000,00 ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o 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](http://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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Fortaleza-CE DATA 27/01/2014

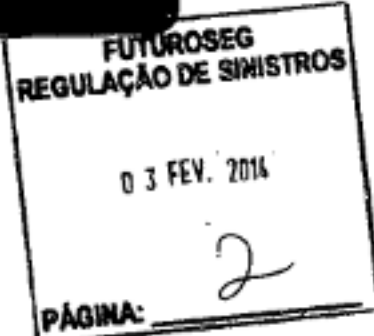
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 108 - 5191 / 2013

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO

Data / Hora da Comunicação: 23/06/2013 08:44:38

Data / Hora da Ocorrência: 23/06/2013 09:10:00

Endereço da Ocorrência: R. BERNARDO MANUEL

PREFEITO JOSE WALTER FORTALEZA / CE

Ponto de Referência: PROXIMO AO REI DO CAMARÃO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

\*1004026\*



*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 SÍTIO 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

FUTUROSEG  
REGULAÇÃO DE SINISTROS

24 JUL. 2013

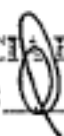
PÁGINA: 5

*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 um outro veículo CAMINHÃO DA EMPRESA CITELUZ, PLACA NY08271, que estava a frente, foi para a faixa da direita e sem ligar o pisca retornou logo em seguida para a faixa da esquerda a fim de fazer um retomo na via, provocando a colisão com o declarante que abalroou com o lado esquerdo do CAMINHÃO; que na ocasião a garapeira, 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 garapeira foram socorridos pelo SAMU e encaminhado ao IUF, lá permanecendo por algumas horas, restando a garapeira tido o pé esquerdo imobilizado devido a uma fratura; que na ocasião alguém subtraiu a MOTO acima mencionada. E NADA MAIS DISSE.

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 108 - 5191/2013

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 8. DISTRITO POLICIAL


RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 

MATRÍCULA: 61289-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Rangel de Souza Santos

ASSISTENTE DO DELEGADO(A): \_\_\_\_\_

*Prisicilla Lais Santos Cavaleante*

<b>FUTUROSEG REGULAÇÃO DE SINISTROS</b>
24 JUL. 2013 
PÁGINA: _____



Handwritten text, possibly a signature or date, located in the upper right quadrant of the page.

Handwritten text, possibly a date or initials, located in the middle right section of the page.

REGISTRO DE SIMULACÃO
FUTURO
10
10

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rogel de Souza Dantas, portador da carteira de identidade nº 2205002086605 e inscrito no CPF/MF sob o nº 037505433-21, residente e domiciliado na Rua 09 casa 77 - Sítio Corrego, 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
- (X) 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.

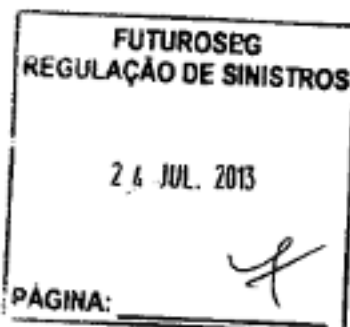
CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

\*1004029\*



x Rogel de Souza Dantas

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Fortaleza, 17 julho 2013

Local e data



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rogel de Souza Dantas

RG nº 000500208668 Data de expedição 06/07/08 Órgão SSP/Pe

CPF nº 037.505.433-91 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua 09</u>
Número	<u>Casa 77</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Sítio Corrego</u>
Cidade	<u>Portaleza</u>
Estado	<u>Pe</u>
CEP	<u>60000-000</u>
Telefone de contato	<u>(85) 3469.7599 (85) 8779 3996</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Portaleza, 17 julho 2013

Assinatura do Declarante: x Rogel de Souza Dantas

FUTUROSEG  
REGULAÇÃO DE SINISTROS

24 JUL. 2013

PÁGINA: 3

IAJ PROMOTORA  
Romara  
contato: (85) 3046.1120  
(85) 8574.7488

FIXO

www.oi.com.br  
AV. SANTOS DUMONT, 6356 - FORTALEZA - CE CEP: 60175-053  
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

PÁG.: 1/4



CTCE FORTALEZA CE PL3  
PRISCILLA LAIS SANTOS CAVALCANTE  
RUA NOVE, 77  
CJ RES SÍTIO 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 15,50  
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](http://www.oi.com.br) e saiba mais.

FUTUROSEG  
REGULAÇÃO DE SINISTROS

24 JUL. 2013

PÁGINA:



INSTITUTO DE SAÚDE  
"28 de março de 1964" A. Vilela

PARECER MÉDICO 1			
ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO:	CARIMBO E ASS. MÉDICO SOLICITANTE:	
EXAME CLÍNICO:	Análise de dados e exames		
DIAGNÓSTICO:	CODIGO:	CID:	
CONDIÇÃO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:		
PARECER MÉDICO 2			
ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO:	CARIMBO E ASS. MÉDICO SOLICITANTE:	
EXAME CLÍNICO:			
DIAGNÓSTICO:	CODIGO:	CID:	
CONDIÇÃO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:		
PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL			
PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
100 mg 1x/dia			
500 mg 1x/dia			
100 mg 1x/dia	1x/dia	1x/37	
100 mg 1x/dia			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
<input checked="" type="checkbox"/> Alta Médica	<input type="checkbox"/> Alta Médica	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:	DATA: 21.06.12 HORA: 12:20
<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Internação	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:	DATA: HORA:
<input type="checkbox"/> Obito	<input type="checkbox"/> Obito	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:	DATA: HORA:
OBITO			
ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS?	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:	DATA OBITO:	HORA:
COM O NÃO	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:	DATA OBITO:	HORA:
OBSERVAÇÕES:			
Ponto morto, sem nome			
DESTINO DO CORPO:	ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do Responsável)		
<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		

FUTUROSEG  
REGULAÇÃO DE SINISTROS

24 JAN. 2014

PÁGINA:



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

Boletim de Emergência Reg.: 5220439

O Sr.(a) Rogel de Sousa Dantas

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 21 / 06 / 13, às 9 : 51 h.

Tendo como causa do socorro politrauma

Observações:

Paciente vítima de 3 (três)  
dias de repouso e 15 de repouso

Fortaleza, 21 de 06 de 2013

Médico de Plantão - CRM: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

*Dr. Daniel Heller Pinto*  
DIATEM - IJF  
CREMEC 4898 - CPF: 141.944.583-20

Mais sobre: MedCPR Boletim de Emergência Reg. 000

**FUTUROSEG**  
**REGULAÇÃO DE SINISTROS**

24 JUL. 2013

PÁGINA: \_\_\_\_\_

RECEITUÁRIO

Nome: Rogel Dantas BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

E ap  
I) Touja para 60mg - 15  
w: / comp 8 83  
S sh

Data: 21/06/13

  
Assinatura e Carimbo do Médico

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

NA 000.803 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).

FUTUROSEG  
REGULAÇÃO DE SINISTROS

24 JUL. 2013

PÁGINA: 10



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



*Rogel de Souza Dantas*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

\*1004037



REGISTRO  
Nº 2005002086805  
HOME  
ROGEL DE SOUZA DANTAS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO 6/7/2005

FILIAÇÃO FRANCISCO BATISTA, DANTAS E ROSA  
NGELA MARIA DE SOUZA DANTAS

NATURALIDADE  
FORTALEZA-CE

DATA DE NASCIMENTO  
14/4/1990

CERT. NASC. 109886 L A92 F

275V PARANGABA FORT/CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 2005

IAJ PROMOTORA  
Romara  
Contato: (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

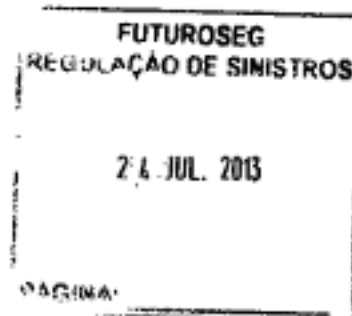
Digito Verificador: 00

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

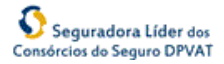
Código de controle do comprovante: **AF05.5573.F5CF.EA15**

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](http://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

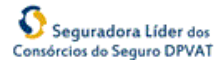
## DANOS

**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**

Perda funcional completa de um dos membros superiores

**% Dimensão Graduação**

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: 000000056354-0

---

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 GESSO, CONSOLIDOU COM DESVIO DORSAL E ENCURTAMENTO, FEZ 22 SESSÕES DE FISIOTERAPIA, RECEBEU ALTA**

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.

**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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):  
**MEMBRO 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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

  
Assinatura do Médico Examinador - CRM  
Fernando Rabelo da Silva  
CRM 3630 - CE

Fernando Rabelo da Silva - CRM: 3630 - CE