



Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2014

Carta nº: 5063007

A/C: ROGEL DE SOUZA DANTAS

Sinistro: 2014762959
Vitima: ROGEL DE SOUZA DANTAS
Data Acidente: 02/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2014

Carta nº: 5221691

A/C: ROGEL DE SOUZA DANTAS

Sinistro: 2014762959
Vítima: ROGEL DE SOUZA DANTAS
Data Acidente: 02/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

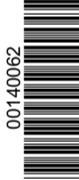
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2014

Carta n°: 5737462

A/C: ROGEL DE SOUZA DANTAS

Sinistro: 2014762959
Vitima: ROGEL DE SOUZA DANTAS
Data Acidente: 02/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ROGEL DE SOUZA DANTAS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 341

Agência: 000008527

Conta: 0000019076-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

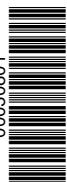
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 12/09/2014
DPVAT/SIN - 14974/2014

Para: Sabemi Seguradora S.A.

A/C:Regdata / Sr. Sergio Freitas

OUTROS

1004054



REF: Prosseguimento de Regulação - Workflow

Devolvemos o(s) processo(s) abaixo relacionado(s), para devidas providências quanto ao prosseguimento da(s) regulação(ões) através do SIS-DPVAT-Sinistros, obedecendo todo o fluxo sistêmico.

Alertamos que todos os documentos dos processos (novos ou complementares) a serem encaminhados a Recall, deverão seguir com os seus respectivos cabeçalhos anexados.

Informamos que o(s) sinistro(s) abaixo foi(ram) recadastrado(s), atribuindo nova numeração, conforme segue.

Sinistro(s)	Cad.	Vítima(s)	
2014/762600	2014/702141	Rafael Galdino Morais	4328
2014/762959	S/N	Rogel de Souza Dantas	43003
2014/762518	S-N	Eusvairo Schwenck	30371
2014/762299	2014/705307	Francisco Thayrone Rodrigues de Sousa	45722
2014/764248	2014/702154	Pedro Henrique Cunha	45419
2014/764126	2014/701849	Augusto Cesar de Oliveira Filho	45508

Atenciosamente

Cristina Grasso
Gerente de Sinistro

P- 200/010149/2014-001, 200/004075/2014-002, 200/010160/2014-001, 200/010153/2014-001,
200/010177/2014-001 e 200/010182/2014-001.
KS.

Anexo: conf. texto



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, Rogel de Souza SantosPORTADOR(A) DO RG Nº 36.97.861EXPEDIDO POR MTPSEM / /

CPF 037-505433-21 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO motorista
E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA. Rogel de Souza Santos 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039

! 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 1563 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 013-56354-0

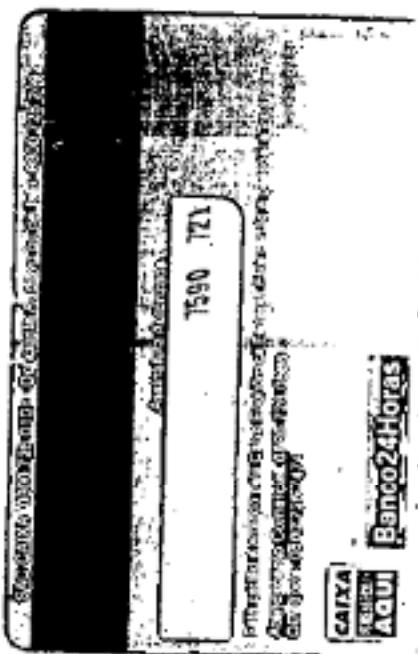
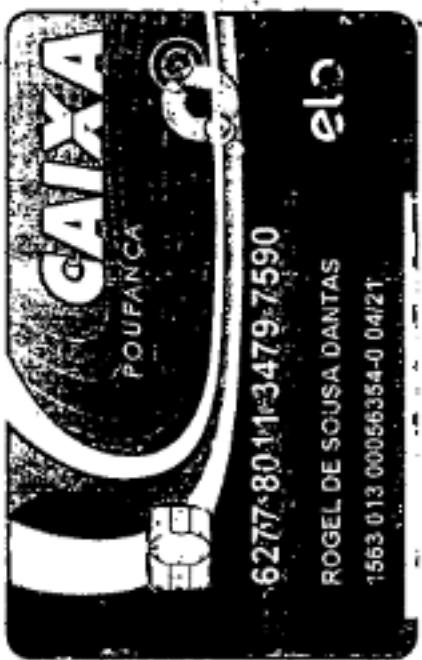
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Fortaleza - Ceará DATA 27/06/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) X Rogel de Souza Santos

! 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.



EL CONSULADO E MARCAÇÃO DE PERÍCIA
(085) 3483-2904 (085) 8534-5876
S.O.F. 111



GOVERNO DO ESTADO DO CÉARA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 132 - 4940 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 05/07/2014 10:26:30
Data / Hora da Ocorrência: 02/04/2014 15:00:00
Endereço da Ocorrência: LUCIANO CARNEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



704000

NI FORTALEZA / CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

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 96715514/ 85117504
VILA MANOEL SATIRO
FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: 85 32961045

Histórico

Depois de advertido (a) que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversas de que devia ser escrita com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, constitui crime.

AFIRMA O NOTICIANTE QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CITADO,A VITIMA ROGEL DE SOUZA DANTAS, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA,HONDA TITAN CG 150 -PLACA OIL-7286 -CE,COR VERMELHA,LICENCIADA EM NOME DE ROBSON DA SILVA XAVIER,QUANDO UM VEICULO FIAT PALIO DE COR PRETA,DE PLACAS NÃO ANOTADAS,AO MUDAR DE FAIXA, SEM SINALIZAR, VEIO A COLIDIR NA MOTOCICLETA DA VITIMA,QUE NÃO TEVE COM DESVIAR; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL FROTINHA DE ANTONIO BEZERRA E CONSTATADO FRATURA NO BRAÇO DIREITO E PÉ ESQUERDO. NADA MAIS DISSE.

Noticiante(s)

Nome: NAZARENO GOMES DE SOUSA
Endereço: R PEDRO MARTINS 357
Bairro: BOM JARDIM
Município/UF: FORTALEZA CE BRASIL

Telefone:

Antônio Évandro de Souza
Escrivão de Policia Civil
Matrícula 155.337-1-4

NOTICIANTE - Nazareno Gomes de Souza
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 2

Impresso em: 05/07/2014 11:56

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rogel de Souza Dantos, portador da carteira de identidade nº 3697861 e inscrito no CPF/MF sob o nº 037.505.433-01, residente e domiciliado na Rua 09 S/N casa 77 - st 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
- 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 Lider 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



X Rogel de Souza Dantos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fortaleza - Ceará 27/06/14

Local e data

SDRAVIA
0851 8534-5824
www.mercadope.com.br

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA



Seguradora Lider • DPVAT

ROGEL DE SOUZA DANTAS
RUA 09 SIN CASA 77
ST CORREGO
CEP 60060-130 - FORTALEZA - CE

Novo Aviso Total

DAMIS

Invalidez

Morte

Sinistro Referência

Nome da vítima:

Vítima: ROGEL DE SOUZA DANTAS

Data de nascimento: 14/04/1990

CPF: 037.505.433-21

Data do sinistro: 02/04/2014

Número do sinistro: 2014299897

Seguradora: 4251

Natureza: Invalidez Parcial

Código de Regulação: Pago

No do sinistro:

2014469496

Vítima:

Código:

Data do sinistro:

02/04/2014

Número do sinistro:

2014299897

Seguradora:

4251

Natureza:

Invalidez Parcial

Código de Regulação:

Pago

Sequência: 001

Dependência: 206

07/2013

07/2013

data sinis... Ana

ana

Cancelar

Fechar

Já existe o sinistro pago acima cadastrado. Encaminhar processo para a Seguradora Líder.

X Fechar

X Cancelar

07/2013

07/2013

data sinis... Ana

ana



Prefeitura de
Fortaleza

DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR



1004



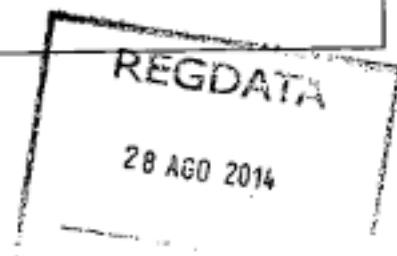
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA: CANDIDA MAIA, 294 - ANTº BEZERRA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o(a) Paciente; ROGEL DE SOUZA DANTAS residente na Rua; 09 Sítio corrego Nº77 Bairro; MONDUBIM FORTALEZA - CE compareceu a este Hospital no dia; 02/04/2014 Vítima de ACIDENTE DE MOTO no setor traumatologia. Com fratura do radio conforme consta em nossos arquivos.

Fortaleza 06 agosto de 2014.

(Signature)
Adriana Maria
Assinatura do responsável pela emissão





PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA



ATESTADO MÉDICO

O Sr (a): Doyle de Paula Júnior

Foi atendido (a) neste hospital:

Dia 02 de 04 de 14 às _____ hs

Tendo como causa do atendimento: Exame de
análise

CID: _____

1. () Paciente foi atendido nesta instituição às _____ hs
e pode retornar à suas atividades 10

2. () Necessitando de _____ () dias de afastamento
de suas atividades laborais ou escolares por motivo de doença
ou agravos. CID: _____

3. () Encontra-se a () APTO () INAPTO a prática
curricular de Educação física.

4. () Não apresenta, no momento, sinais e/ou sintomas de
doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho.

5. () Paciente encaminhado à especialidade _____

Fortaleza, 02 de 04 de 14.


Médico: J. C. R. M.
CRM: 2615



HOSPITAL DISTRITAL DR. EVÁDO AVRES DE MOURA
RUA CANDIDO MÁIA, 294 - ANTÔNIO BEZERRA
FORTALEZA-CE - CEP:60.356-416 - FAX: 3488-3210

RECEITA

Boj de benz

12 comprim A 01 e
12 comprim de 8185

A large, handwritten signature is written across the bottom of the prescription area, appearing to read "Boj de benz 12 comprim A 01 e 12 comprim de 8185".

AO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA

O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS PREJUDICAM
A SUA SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

010309316470

DANI 0: 479132186 0000000000 2013

83900799334

卷之三

HONDA/CG 150 TITAN ESD
2P/0CV/199CC PARTIC VERMELHA

000/00/0000

卷之三

PORTEZA 21/11/2013

01009516470

501

2013 21/11/2013

01	83500799334	OIL7286
479132186	HONDA/CG 150 TITAN ESD	9C2KC1650C8649172
20012	09	

888/888

PROPRIETARIO:
Lote/DOC: 111988/49 - LACRE:
MOTOR: KC1655C9177

221

GRUPO BRICOLAJA, FABRICA DE MATERIALES PARA LA INDUSTRIA AUTOMOTRIZ, TRANSPORTES Y CONSTRUCCIONES.

0102602515420

2013 21/11/2013

01 83500799334 OIL7286
479132186 HONDA/CG 150 TITAN ESD
20012 09 5C2KC1650CB549127

卷之三

DATE: 11/19/86/49 - LACRE:
MOTOR: KC16655649177

-14-

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014762959
Vítima: ROGEL DE SOUZA DANTAS

Cidade: Fortaleza
Data do acidente: 02/04/2014

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Politraumatismo

Resultados terapêuticos: Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: ARNALDO KACELNIK

CRM do médico: 52.31291-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014762959 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGEL DE SOUZA DANTAS **Data do acidente:** 02/04/2014 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO RÁDIO DIREITO E FERIMENTO CORTO-CONTUSO NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO. .

Descrição do exame A VÍTIMA REFERE DOR AO DEAMBULAR, EDEMA RESIDUAL LOCAL, ATROFIA MUSCULAR, MARCHA CLAUDICANTE E
médico pericial: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO E DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO DO PUNHO DIREITO E DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/10/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Antonio Eusébio T. Rocha - CRM: 4774

CRM do médico: 4774

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

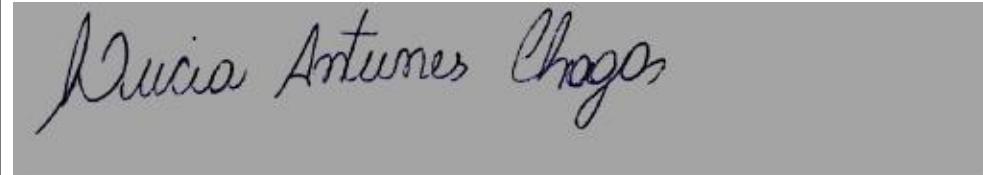
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: LUCIA ANTUNES CHAGAS

CRM do médico: 52.95117-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Lucia Antunes Chagas", is placed within a light gray rectangular box. The signature is written in a cursive, fluid style.



Seguradora Líder • DPVAT

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, Rogel de Souza DantasPORTADOR(A) DO RG Nº 3697861EXPEDIDO POR Detran-eeEM 20/01/14 E

CPF 037505433-21 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Motoquinho
E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rogel de Souza Dantas, 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- 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;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPIANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 349Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 8527Nº da CONTA (com dígito, se existir) 49076-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fortaleza-ee, 30 de Outubrode 2014

LOCALE DATA

Rogel de Souza Dantas

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.



Banco Itaú S/A

PROTÓCOLO DEpósito DINHEIRO CAIXA ELETRÔNICO
BANCO 341 CTR 000011 23/10/2014 11.26.30

AGÊNCIA: 8527 CONTA CORRENTE: 19076-6
R\$ 2,00
ROGÉL DANTAS
CAIXA ELETRÔNICO 59445/0667-FPEIXOT

DEPÓSITOS REALIZADOS APÓS O HORÁRIO DE
EXPEDIENTE BANCÁRIO ESTÃO SUJEITOS A
EFETIVACAO SOMENTE NO DECORRER DO PRÓXIMO DIA
UTIL. DEPÓSITOS REALIZADOS AOS SABADOS,
DOMINGOS E FERIADOS SÃO EFETIVADOS NO DECORRER
DO PRÓXIMO DIA UTIL.

SE HOUVER DIFERENÇA NO ENVELOPE, SERÁ LANÇADO
O VALOR ENCONTRADO. SE VAZIO, NÃO SERÁ ABERTO
E PERMANECERÁ POR 60 DIAS NA AGÊNCIA ONDE FOI
DEPOSITADO, PARA COMPROVACAO. NESTES CASOS,
APENAS PARA REGISTRO, O VALOR INFORMADO PELO
CLIENTE SERÁ CREDITADO E ESTORNADO NO EXTRATO.

15/10/2014
SABEMISSEGURADORAS S/A
RIO DE JANEIRO

**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: **2014762959** Data: **02/04/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Deputado João Lopes, 77, CASA 77 - ST CORREGO - Fortaleza - CE - CEP 60060-130**

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

Data local do exame: [**07/10/2014**] **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 FECHADA DO RÁDIO DIREITO E FERIMENTO CORTO-CONTUSO NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO. A VÍTIMA REFERE DOR AO DEAMBULAR, EDEMA RESIDUAL LOCAL, ATROFIA MUSCULAR, MARCHA CLAUDICANTE E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO E DO PUNHO DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA.

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 DO PUNHO DIREITO E DO JOELHO ESQUERDO.

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):
PUNHO DIREITO

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

Região Corporal (Sequela):
JOELHO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

() Total = "100% da IS"

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


Antº Eusébio Teixeira Rocha
Médico do Trabalho
Mº n° 2270 Port. N° 6 de 12/06/00
CREMEC 4774 - CPF 376.928.284-15
Antonio Eusébio T. Rocha - CRM: 4774 - CE