

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: 14/02/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00237-2

CONTA: 000000007576-0

Nr. da Autenticação 9C58E6E02C40B1AE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

SINISTRO

Número do Sinistro: 2012044403

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA
CPF: 046.027.573-91
CPF de: Próprio
Data do Acidente: 05/08/2011
Titular do CPF: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA
Seguradora: BCS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue	
Certidão de casamento	Dispensado	
Certidão de inexistência de IML	Entregue	
Certidão de nascimento	Dispensado	
Comprovação de ato declaratório	Dispensado	
Documentação médico-hospitalar	Entregue	
Documentos de identificação	Entregue	
DUT	Entregue	
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado	
Outros	Entregue	

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Comentário
BENEFICIÁRIO - FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA		
Alvará judicial	Dispensado	
Autorização de pagamento	Entregue	
Comprovante de residência	Entregue	

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.
- Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 30/01/2012
Nome: ANTONIO ARAUJO
CPF:

Data: 30/01/2012 13:50
Nome: SONIA MARA SILVA DE MORAES
CPF: 518.274.687-34

ANTONIO ARAUJO

SONIA MARA SILVA DE MORAES

BCS SEGUROS
31 JAN 2012
Assf

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº DO SINISTRO

EU, Francisco Viriano de SouzaRG Nº 00680027777 EXPEDIDO POR ANH EM (DATA) 04/12/09 ECPF 04602757392 CNPJ

PROFISSÃO _____ E RENDA MENSAL DE R\$ _____ NA

QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A

INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT DA VITIMA

AUTORIZO A Francisco Viriano de Souza

BCS - SEGUROS S.A. A EFETUAR O RESPECTIVO CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO

INDICADA:

1. ☒ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE(TODOS OS BANCOS) Nº BANCO 001 Nº AGENCIA 0237-2 de 7.576-0 /2. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO Nº BANCO 237 Nº AGENCIA _____ C/P _____3. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL Nº BANCO 001 Nº AGENCIA _____ C/P _____4. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAU Nº BANCO 341 Nº AGENCIA _____ C/P _____5. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL Nº BANCO 104 Nº AGENCIA _____ C/P _____

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

Cofre - CE 03/01/2012

LOCAL / DATA

ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)

Francisco Viriano de Souza

RCS SEGUROS

31 JAN 2012

10

*** Extrato de Conta Corrente ***

Banco Postal

Agência : 12302228-AC RAPENOA
Terminal: 12322204
Nro Aut : 152355
Data : 02/01/2012
(Horário de Brasília)
Id. Trx : 394894
Caixa : 81004032
Hora : 15:23

BANCO DO BRASIL S.A.

5757800447

0264

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0237-2
CONTA: 7.576-0
CLIENTE: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA

HISTORICO
VALOR
DOCUM.

21/12/2011
Saldo Anterior
B.220,15C

--- NAO HA LANÇAMENTOS ---

VOCE PODE TER UMA CONTA ESPECIAL BB. PROCURE SUA
AGENCIA E ASSINE O CONTRATO.

JUROS 0,00

IOF 0,00

OBSERVAÇÕES:

A PARTIR DE 02 DE JANEIRO, VOCE TAMBEM PODERA
SER ATENDIDO NO BANCO POSTAL NOS CORREIOS.

Central de Atendimento BB
4004 0001 / 0800 729 0001
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC
0800 729 0722
Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos
0800 729 0086

31 JAN 2012

RRSS SCNUNRS

Em 03.01.2012
CONFERE COM O ORIGINAL E VERDADE. DOU FA
CERTIFICADO que o presente documento

CERTIDÃO

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do querelante, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorre ou fato inexistente e crime punível na forma da Lei (art. 329 e 340 do CPB)

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS SSP/PCPOLIA CIVIL DPI GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ AV. JOÃO GREGÓRIO TIMBÓ, S/Nº BAIRRO UNIVERSIDADE, FONE/FAX (88) 3672-6102	
Nº OCORR: 1202/2011	Data Reg.: 20-10-2011
HORA: 09:10 Horas	FONE:
NOME: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA	
FILIAÇÃO: JOSÉ VIEIRA DE SOUSA E MARIA RODRIGUES DE MORAIS	
ENDEREÇO: LOCALIDADE DA LAGOA DO PEIXE, ARAPENDÁ/CE	
CNPJ: 046.027.573-91	RG: 1894224 SSP/CE
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL DA OCORRÊNCIA: LOCALIDADE DE MUMUNGU, IPAPORANGA/CE	
HISTÓRICO: Compareceu hoje nesta Delegacia Municipal de Polícia Civil a pessoa acima qualificada para registrar que dia 05/06/2011 estava conduzindo sua MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS ESD, ANO/MOD 2004, PLACA HXA 7858, CHASSI 9CZKD02304R000101, LICENCIADO EM NOME DE FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA, na estrada que liga IPAPORANGA a ARAPENDÁ. Que um cachorro saiu de repente do mato tomando a frente da moto do registrante; Que o registrante não conseguindo controlar a sua moto que estava desequilibrada o mesmo veio cair ao solo; Que devido a queda o registrante veio a romper o músculo do joelho direito, um corte no mesmo pegando 28 pontos e várias radiaduras em seu pé direito; Que na hora do acidente o registrante foi socorrido por ROBERTO que passava na estrada naquele momento; Que o registrante foi socorrido e levado para o hospital de ARAPENDÁ, onde foi medicado e liberado para sua residência. E NADA MAIS DISSE.	
Assinatura do Delegado de Polícia Francisco Almeida de Sousa	

B.O. - BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
1004026

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE NOVA RUSSAS-CE
DPI
3672.6102

2012.044403

ARSS SCALUPRS

31 JAN 2012



ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPI

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEÚS/CE

CERTIDÃO

MANOEL GENÉSIO BERNARDINO, Escrivão de Polícia Civil, lotado no Departamento de Polícia Interior, com exercício na Delegacia Regional de Crateús no uso de suas atribuições legais etc.,

CERTIFICA: para os devidos fins e efeitos legais e, atendendo a solicitação verbal da parte interessada, que na circunscrição desta Delegacia Regional de Polícia Civil, compreendendo os municípios de Crateús, Nova Russas, Ipuairas, Forquilha, Ararendá, Iraporanga, Tamboril, Novo Oriente e Independência, **NÃO EXISTE** Instituto Médico Legal. O referido é verdade. Dou Fé.

Crateús/CE, 20 de Dezembro de 2011.

Manoel Genésio Bernardino
 Manoel Genésio Bernardino
 Escrivão de Polícia Civil
 Matr. 133.958-1-0

PROSSAURUS
 31 JAN 2012
 ASS

Nº DO CLIENTE
1718611-0

COELCE

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B LÍQUIDA
Data de Emissão 13/07/2011

Nome FCO VIEIRA DE SOUSA
End. Postal PV LAGOA DO PEIXE 00000
Medidor 2903771
Classe RURAL TRIFÁSICO
RG / CPF / CNPJ 000001894224
Nome do Responsável
Indicadores de Continuidade
Posto 0000 0000
Fator de Potência 0,00
CGF

Indicadores de Continuidade
Mês Conjunto
Mês MAI/2011
Padrão Individual
Mensal Trm. Mensal Trm. Anual
11,16 22,32 44,63 1,38 1,38
8,04 16,05 32,18 1,00 1,00
DMIC 6,08
FIC 8,04
DIC 11,16
Base de Cálculo (R\$) Alíquota
Valor do Imposto
R\$45.404,01 0,10 1.006,66 25,10 1,00 1,00 1,00

Informações sobre o Faturamento do Consumo
Linha de Transmissão 1479
Consumo (kWh) 1,00
Consumo (R\$) 0,00
Valor (R\$) 25,00
Valor (R\$) 25,00
Valor (R\$) 25,00

Valor Consumo do Mês
25,00
25,00

Comprovante de Residência
1804040
15/08/2011
TOTAL A PAGAR (R\$) 25,00

Composição do Valor de Consumo
Enel 14,67
Tarifa 8,88
Valor 5580
Distribuição 0,68
Encargos 1,33
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 1,30
TOTAL 25,00

Importante
A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

COELCE

COELCE

PREFEITURA DE ARARENDÁ
Secretaria da Saúde do Município
SUS - Sistema Único de Saúde



RECEITUÁRIO

PSF: ENF.

Nome: F. de V. de Souza
uso topico

13/02/2012
Utilizar no curativo cirúrgico

[Signature]

DATA: 05/08/11

31/08/11

[Signature]
Médico
CRM - CE 12350

Assinatura / carimbo

DENGUE: 3
PREVINA-SE ELA
PODE MATAR!

Ao sentir febre, aparecer manchas vermelhas ou roxas na pele, vômitos, dores nos olhos, no corpo, tontura, pele seca, fezes escuras, sangramento etc.
PROCURE IMEDIATAMENTE ATENDIMENTO MÉDICO.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARENDÁ
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA PACIENTE

Nome Completo: _____

CRM: Márcio S. Viana Moura UF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

[Signature]
Médico
CRM - CE 12350

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: Paraná

Prescrição: _____

1) Celestina 500mg # 28cps

1cps; 4/6h

2) Paracetol 500mg # 15cp

1cps; 4/6h

Data: 05/08/11

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:

Nome: _____

Ident: _____ Org Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

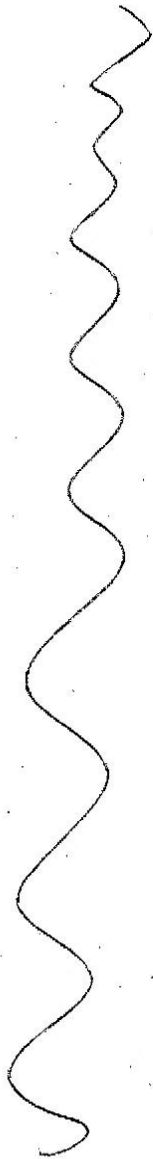
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO Data: 1/11

Relatório Fisioterapêutico

Ararendá, 14 de Outubro de 2011

Atto para os dados tem que se apresenta Fran-
cisco Viana de Sousa, encontrando-se em companhia.
mento fisiofronética no PSF da rede urbana de
município de Ararendá-Br, com diagnóstico clínico de
região por fratura em região linfático, com digital
lado para a marcha devido a hemorragia articular po-
na a flexão de pulso "D" e edema.



Dra. Ricart Marinho
Fisioterapeuta
CREFIM 344117

RCSFCEURRS
ASS. f
31 JAN 2012
5

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Francisco Vitor de Souza
NÚMERO DO SINISTRO:	

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	05.08.2011
NOME COMPLETO E GRADUAÇÃO DO MÉDICO:	Francisco Eládio Martins CRM 6253
DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	05.08.2011

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura de 1ª falange de 4º dedo da mão direita, sofrendo tratamento em joelho direito e PE direito.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):

03. Fratura com consolidação. RT. Análise de Análise de Seta. Imagem 12/12/11 por 30 dias. Agm deprimida em 05.11.2011.

CASO POSITIVO DESCRIVER:

EXISTE ALGUM DEFÉITO FÍSICO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? ☒ SIM ☐ NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- 1) A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
- 2) A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

1º Análise de 1º e 2º dedos da mão direita com consolidação. Imagem 12/12/11 por 30 dias. Agm deprimida em 05.11.2011.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 09/11/11 A 09/11/11.

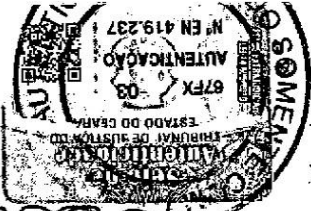
LOCAL	CRATEUS
DATA	09.11.11
ASSINATURA E CARIMBO	Dr. Eládio Martins CRM-6253

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL	CRATEUS
DATA	09.11.11

SINISTRA DA VÍTIMA que a presente

ARTÓRIO MARTINS
Rua Cordeiro Albuquerque Mascarenhas
Taboão
Edmar Albuquerque Mascarenhas
Ana Elgênia Martins Rodrigues
Substitutos
Cratêus - Ceará
Cratêus, 09 NOV 2011
Ass: [Assinatura]
2ª Tabelião Pública



ARTÓRIO MARTINS
Dr. Edmar Albuquerque Mascarenhas
Escritório Substituto
CRA/4808
CRATEUS - CEARÁ

Francisco Vitor de Souza

Ass
3 1 JAN 2012
RCS SCURS

e-mail: franciscavirira@yahoo.com.br
(88) 36915572
(88) 99696901-

PROIBIDO PLASTIFICAR
174458534

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
174458534

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
UNIDADE NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: FRANCISCO VIRIRA DE SOUSA
DOC IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF: RJ
CPF: 1894224
DATA NASCIMENTO: 10/06/1944
RELACAO: JOSE VIRIRA DE SOUSA
MORAIS
PERMISSAO: ACC
AD: CATIA
VALIDADE: 12/11/2012
12/05/1976

00680027777
Nº REGISTRO

046.027.573-91
CPF

04/12/2009
DATA EMISSAO

15639841711
CR119760851

CRATEUS, CE
LOCAL

ASSINATURA DO EMISSOR

ASSINATURA DO PORTADOR

Observações



Sua busca por placa: HXA7858 UF: CE

Exercício	Data Pagamento	Situação
2011	10/10/2011	Quitado
2010	29/10/2010	Quitado

DUT
1004032



RCS SEGUROR
31 JAN 2012
ASS. 8

PVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

ENCARGOS DO DETRAN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA.

www.seguradoralider.com.br

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012044403**Cidade:** Ararendá**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA**Data do acidente:** 05/08/2011**Emissor do parecer:** Edson Luis D Andrade**Seguradora:** BCS SEGUROS S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 441219

PARECER

Data da análise: 08/02/2012**Valoração do IML:****Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA EM JOELHO E PE DIREITOS**Resultados terapêuticos:****Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO E PE DIREITOS**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:** Não**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL /JOELHO DIREITO: 50% DE 25%= 12,5%/PE DIREITO: 25% DE 50% = 12,5%/ TOTAL:25%**Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** EDSON ANDRADE**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos pés	50	1	25
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

Valor avaliado: 3.375,00