BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BARBARA MARIA DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000604965-6

Nr. Autenticação
BRADESCO150420150500000000002370099700000604965337500 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150228681 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: BARBARA MARIA DE SOUSA **Data do acidente:** 06/10/2014 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO NO PÉ DIREITO. LESÃO CORTOCONTUSA NO JOELHO E NO HALUX DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA COM EDEMA GLOBOSO NO PÉ DIREITO, BLOQUEIO ARTICULAR DO HALUX E 5º PODODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: RECEBEU LIMPEZA, CURATIVOS NO PÉ E JOELHO, IMOBILIZAÇÃO NO PÉ E SESSÕES DE FISIOTERAPIA, LIBERADA COM PERDA FUNCIONAL NO PÉ E JOELHO SEM SEQUELA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/04/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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): ***BARBARA MARIA DE SOUSA*** **Sinistro:** ***3150228681*** **Data:** ***06/10/2014***

Endereço do(a) Examinado(a): ***ST LAGOA DE SANTO ANTONIO, S/N - ZONA RURAL - Ararendá - CE - CEP 62210-000***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /CE***] ***20072195775***

Data local do exame: [***06/04/2015***] ***Independência*** [***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)
CONTUSÃO NO PÉ DIREITO. LESÃO CORTOCONTUSA NO JOELHO E NO HALUX DIREITO. VÍTIMA COM EDEMA GLOBOSO NO PÉ DIREITO, BLOQUEIO ARTICULAR DO HALUX E 5º PODODÁCTILO 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.
RECEBEU LIMPEZA, CURATIVOS NO PÉ E JOELHO, IMOBILIZAÇÃO NO PÉ E SESSÕES DE FISIOTERAPIA, LIBERADA COM PERDA FUNCIONAL NO PÉ E JOELHO SEM SEQUELA

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 PÉ DIREITO

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe 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, §1° do art. 3° 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):
PÉ DIREITO

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(***X***) 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.

Casemiro Dutra de M. Junior
CREMEC 6818 CPF 129.879.69-27
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE

DOCUMENTO 6 *T6%*

REPÚBLICA F

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

N.º 011661563435

CODRENAVAM

EXERCÍCIO

PLACA

PAGANTE

CHASSI

ESPÉCIE/TIPO

COMBUSTÍVEL

MARCA/MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

CAPACIDADE/POTÊNCIA

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)

IOF (R$)

PRÊMIO TOTAL (R$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL

DATA

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR MOTORES DE VIA TERRESTRE QUE POR SUA CARGA, APARELHAGEM OU TRANSPORTADOS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE-Nº 011661563435 BILHETE DE SEGURO

EXERCÍCIO

DATA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatseguradotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

RENAVAM

MARCA/MODELO

ANO FAB.

CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)

DPVAT (R$)

CUSTO DO SEGURO

CUSTO DO BILHETE (R$)

IOF (R$)

TOTAL A SER PAGO

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE VENCIMENTO

PROPRIETÁRIO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

SABEMI SEGURADORA S/A.

09 MAR 2015

RIO DE JANEIRO

GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

DOCUMENTO 1 "T196"

13ª DER REGIONAL DE CRATEUS-CE
R. Francisco Wellington Bezerra, S/N, Veranópolis

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 1360 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/02/2015 11:40:23**
Data / Hora da Ocorrência : **06/10/2014 11:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R NÃO INFORMADA**

SUBESTAÇÃO NOVA RUSSAS /CE
Ponto de Referência: **PASSAGEM DA LINHA FERREA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **BARBARA MARIA DE SOUZA**
Nascimento : **11/05/1975**
RG: **20072195775** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF: **67506437368**
Filiação: **JOSE SEVERINO DE SOUZA**
MARIA SOCORRO DE SOUZA

Endereço: **SIT LAGOA DE SANTO ANTONIO**
ZONA RURAL 62210000
ARARENDA CE BRASIL Telefone:

Histórico

INFORMA A REGISTRANTE QUE NO DIA E HORA ACIMA MENCIONADO SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO SE ENCONTRAVA GUIANDO A MOTOCICLETA DE MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES, ANO DE FABRICAÇÃO/MODELO 2014/2015, COR PREDOMINANTE PRETA, PLACA PMG 9470, CHASSI 9C2JC4820FR504283, LICENCIADA EM NOME DE BARBARA MARIA DE SOUZA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTO QUANDO DERRAPOU NA PASSAGEM DA LINHA FERREA, CAINDO NO SOLO, SENDO SOCORRIDA PELO SOBRINHO DE NOME LUCIVANIO LOPES DE PAULA JUNIOR PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE ARARENDÁ, PORQUE O MUNICIPIO NÃO DISPOE DE ATENDIMENTO DO SAMU, CORPO DE BOMBEIROS, ANJOS DO ASFALTO OU ORGÃO SIMILIAR, FICANDO CONSTATADO ESCORIAÇÕES EM JOELHO, PÉ E MÃO TODOS DO LADO DIREITO COM EXTRAÇÃO DE UNHA DO PE DIREITO. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
MANOEL GENESIO BERNARDINO - MAT.: 133958-1-0
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Bárbara Maria de Souza
VISTO DO DELEGADO(A) : _____
JOAO PEREIRA GOMES - MAT.: 198827-1-3

SABEMI SEGURADORA S/A.
09 MAR 2015
RIO DE JANEIRO

Th.55

GOVERNO MUNICIPAL
ARARENDÁ
PODER MÃOS DADAS COM O POVO
WWW.ARARENDA.CE.GOV.BR

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARENDÁ

SSM - Secretaria de Saúde do Município
SUS - Sistema Único de Saúde

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Nº.:

Data: 06/10/14

CARENAGEM LIMPADORA S/A.
09 MAR 2015
DIVISÃO DE PAGAMENTO

DOCUMENTO 4 "T4%"

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Barbara Maria de Sousa

Est. Civil: Solteira Sexo: F Data do Nasc. 11/05/75 Idade: 39a

Naturalidade: Nova Russas Prof.:

Procedência: Ararendá

Residência: Lagoa de Santo Antonio

Filiação: José Ruivino de Sousa e Maria Solonio de Sousa

Cônjuge:

2. QUEIXA PRINCIPAL: Convulsões após picada de abelha sem ter ferrão. Isso com frequência em seu domicílio (SJ)

3. HISTÓRIA ATUAL: Ainda monocítico

4. PESO _____ KG: _____ 5. P.A. _____ 6. TEMPERATURA: _____

7. EXAMES SOLICITADOS:

Dr. Victor T. Melo
MÉDICO
CRM-CE 15363

Ruemania Lopes paula Júnior
Ass. Do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Ref.: 009 - GRL - Fr

DOCUMENTO 3 *T3%*

Declaração

Eu, Barbara Maria de Souza, RG 2007 2195775. CPF 67506437368, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 06/10/14 fui socorrido por populares, Telefone: ( ) e levado ao hospital: Hospital de Aracanda.

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC – 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

> *"**Art. 340** - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado".*

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

SABEMI SEGURADORA S/A.
09 MAR 2015
RIO DE JANEIRO

> *"**Art. 299** – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.*
>
> *Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."*

Local: Quixeramobim UF: CE Data: 25/02/15

Bárbara Maria de Souza

Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1. "1196".

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, Barbara maria de Souza, PORTADOR(A) DO RG Nº 2007219577-5 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 29/10/08 E CPF 675.064.373-68 /CNPJ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐, PROFISSÃO _____ E RENDA MENSAL DE R$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Barbara maria de Souza, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

SABEMI SEGURADORA S/A. 16 MAR 2015 BANCÁRIO

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0997-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 06049656.

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

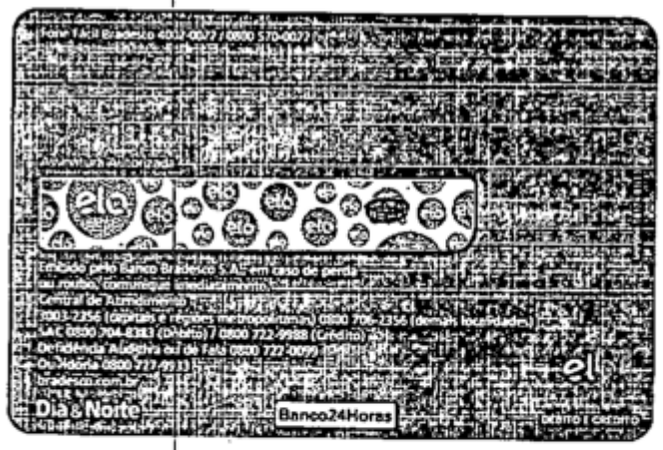
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Crateus, 25 de Fevereiro de 2015 — Bárbara Maria de Souza

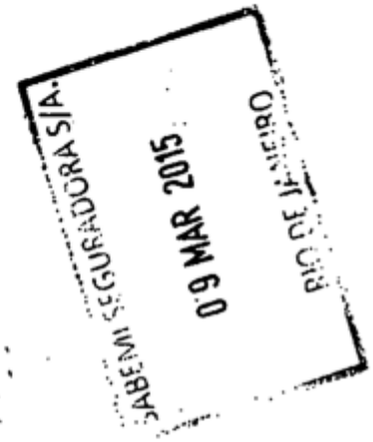
LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.


elo
Dia & Noite
Banco24Horas
elo
Débito | Crédito


Bradesco
Crédito Débito
Crediário
5067 2632 8543 6203
05/18 0997-0 0604965-6 02 00
elo
BARBARA MARIA DE SOUSA


JABEM SEGUSEGURADORA S/A.
09 MAR 2015
RIO DE JANEIRO