

# 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: 27/10/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANILDO LUIZ DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00035

CONTA: 000000288018-3

---

Nr. da Autenticação 2FB22F07FEEA61DA

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150864640

**Cidade:** Natal

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** IVANILDO LUIZ DE ARAUJO

**Data do acidente:** 04/01/2015

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Trauma no punho esquerdo com fratura do rádio distal esquerdo.

**Descrição do exame médico pericial:** Limitação leve da flexo-extensão do punho esquerdo. sem deficit da força

**Resultados terapêuticos:** Realizado osteossíntese com placa e parafusos de fratura do punho esquerdo seguido de fisioterapia. Alta em 10.05.2015.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/10/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

**CRM do médico:** 3940

**UF do CRM do médico:** RN

## 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 leve - 25 %	6,25%	\$843.75
Total			6,25 %	\$843.75

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





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 IVANILDO LUIZ DE ARAUJO  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 592.563 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 30/06/11 E  
 CPF 297.696.634-68 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO NEGOU-SE  
 E RENDA MENSAL DE R\$ NEGOU-SE (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA IVANILDO LUIZ DE ARAUJO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susup 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](http://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 POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0035 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0288018-3

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.

Natal, 06 de Janeiro de 2015  
 LOCAL E DATA

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

ASL-0609863/15  
fabiana.pereira.3999  
17/06/2019 11:16:09

ASL-0609863/15  
fabiana.pereira.3999  
17/06/2019 11:16:09

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

BANCO: 104

DATA: 13/03/2015

TERMINAL: 1003

NSU: 000120

AGENCIA: 4883

HORA: 11:39:23

AUT: 0041

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 004883

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0035/013/00.288.018-3

NOME: IVANILDO LUIZ DE ARAUJO

DEPOSITANTE:

CANTONI REVISORES

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

ASL-0609863/15  
fabiana.pereira.3999  
17/06/2019 11:16:09

ASL-0609863/15  
fabiana.pereira.3999  
17/06/2019 11:16:09

1ª Via - Via Cliente

01 ABR 2015

ASL-0609863/15  
fabiana.pereira.3999  
17/06/2019 11:16:09

ASL-0609863/15  
fabiana.pereira.3999  
17/06/2019 11:16:09

ASL-0609863/15  
fabiana.pereira.3999  
17/06/2019 11:16:09

DOCUMENTO 1 \*T1%



Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS  
Endereço: RUA: ESPLANADA SILVA JARDIM, 2, RIBEIRA, NATAL

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2015031000028  
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data/Hora de Expedição: 07/01/2015 10:51:42

## 2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 04/12/2014 10:30:00  
2.3 Fato: Consumado  
2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo  
2.6 Tipo do local: Via Pública  
2.8 Número: S/N  
2.10 Complemento:  
2.12 Bairro: QUINTAS  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida  
2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: AV. MARIO NEGOCIO  
2.9 CEP:  
2.11 Ponto de Referência:  
2.13 Cidade: NATAL

## 3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: IVANILDO LUIZ DE ARAUJO  
3.3 Etnia: Parda  
3.5 Mãe: VANDA MOREIRA DE ARAUJO  
3.7 Sexo: MASCULINO  
3.9 CPF: 29769663468  
3.11 Nacionalidade:  
3.13 Profissão: SOLDADOR  
3.15 Telefone(s): 84 91586832  
3.17 Número: 24  
3.19 Bairro: SANTOS REIS  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.4 Pai: ANTONIO LUIZ DE ARAUJO  
3.6 Data de Nascimento: 31/03/1964  
3.8 RG: 592543 - ITEP/RN  
3.10 Passaporte:  
3.12 Naturalidade: NATAL - RN  
3.14 E-Mail:  
3.16 Logradouro: RUA JOSÉ DO PATROCÍNIO  
3.18 CEP:  
3.20 Cidade: NATAL

## 4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

## 5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

## 6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

## 7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

## 8. DADOS DA OCORRÊNCIA

## 9. DOS FATOS

## 9.1 Histórico

SEGUNDO O COMUNICANTE ESTAVA ATRAVESSANDO A RUA PELA FAIXA DE PEDESTRE QUANDO FOI ATROPELADO POR UM VEÍCULO, NÃO IDENTIFICADO, QUE SE EVADIU DO LOCAL. A VÍTIMA SOFREU LESÕES E FOI SOZINHO PRA O HOSPITAL.

## 9.2 Informações do CIOSP

## 10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 11/03/2015  
Usuário: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA  
Complemento: EM TEMPO: RETIFICANDO A DATA DO FATO DO REFERIDO ACIDENTE PARA O DIA 01/01/2015 ÀS 10:30 HORAS.  
NADA MAIS DISSE.

Data do Complemento: 11/03/2015  
Usuário: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA  
Complemento: EM TEMPO: RETIFICANDO A DATA DO FATO DO REFERIDO ACIDENTE PARA O DIA 04/01/2015 ÀS 10:30 HORAS.

## 11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.  
Data: 07/01/2015 10:51:42

*Janir Azevedo de Paiva*  
Policial

*Ivanildo Luiz de Araujo*  
Interessado

ARUANA  
26 MAR 2015  
Ass. \_\_\_\_\_

*[Assinatura]*  
Polegar direito

Atendimento: 1943049 - TERCIA LIDIA RIBEIRO CARMO DO NASCIMENTO  
Impresso por: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA em 11/03/2015 09:00:10

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



# Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

DOCUMENTO 2 \*T2%



04/01/2015 12:22

## ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

### Dados do Paciente

Paciente: IVANILDO LUIZ DE ARAUJO

Registro: 966

Num. RG: 592543

CPF: 297.696.634-68 Nascimento: 31/03/1964 51 anos

Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro

Endereço: JOSÉ DO PATROCÍNIO

N.: 24

Bairro: SANTOS REIS

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59010-440

Fone: (84) 345332

Profissão:

Mãe: VANDA MOREIRA DE ARAUJO

### Dados do Atendimento

Num. Atendimento: 1

Entrada: 04/01/2015 12:26 Saída: 04/01/2015 12:26

Atendente: CLAUDE

Convênio: 44 SUS MUNICIPAL

Matricula/CNS: 705001829015252

Médico: Dr. OSVALDO CARDOSO DE LARA JUNIOR

Motivo: TRAUMA NO BRACO

Observação:

### QUEIXA PRINCIPAL E EXAMES SUMARIO

Queixa de trauma de braço por queda de altura com dor e inchaço no antebraço direito.

### ALERGIAS MEDICAMENTOSAS:

☐

ALEGA

☐

NEGA

### DIAGNÓSTICO

Fratura de rádio ulna

### DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO:

Redução e fixação com placa e parafusos.  
Sinto A/H

### Medicações e/ou Materiais usados (quando não incluídos no preço do serviço)

Código	Descrição	UND	QTD	Código	Descrição

### Código Serviço executado


Assinatura do médico

Assinatura Responsável



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Vanildo Luiz de AraújoRG nº 392543, data de expedição 30/06/11, Órgão SSP/RN

CPF nº 297.696.634-68, 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. José do Patrocínio</u>
Número	<u>Nº 24</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Santos Reis</u>
Cidade	<u>Natal</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.010-440</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 3206-5335 / (84) 8150-3954</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Natal, 06/08/2015.

Assinatura do Declarante:

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Número do Medidor	Tipo da Função	Anterior		Atual		Nº de Leitura	Constante	Ajuste	Consumo
		Data	Leitura	Data	Leitura				
1555550	CAT	22/03/2014	18.702,00	23/04/2014	19.800,00	32	1.000,00		181,00

NÍVEIS DE TENSÃO			DATA PREVISTA PARA PRÓXIMA LEITURA: 22/05/2014		DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
Tensão Nominal (V)	Limite de Variação (V)		Descrição	Contorno	Valor Ajustado	Unidade Mensal	Unidade Trimestral	Unidade Anual	
220	201 - 231		DESC - Nº. de horas sem energia	RIBERA	0,00	5,55	11,10	22,21	
			FC - Nº. de vezes sem energia		0,00	3,30	6,60	13,20	
			DMC - Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,30	0,00	0,00	
			DICR - Duração de interrupção em dia crítico						
					Unidade DICR: 12,22				

**Informações importantes sobre a conta de energia**

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. A partir de 2015 entrará em vigor o sistema de bandeiras tarifárias. Nessa mês estará em vigor a bandeira VERMELHA que implica cobrança adicional em 0,03 R\$/kWh. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). Pagamento em atraso acarreta multa de 0,14% (Art. 414 do ANEEL nº 930/97) e juros de 1% ao mês (Lei 10.408/2002), no próximo mês. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do plano de tensão da concessionária. A compensação pela concessão da Tarifa Social de Energia Elétrica ocorre a partir de 10/4/08 de 20/04/02 - R\$ 22,88. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento e comercial. Em caso de suspensão do fornecimento, o encargamento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de tarificação, podendo também ser cobrado o custo de disponibilização no ciclo em que ocorrer a suspensão. Horas Tarifa Vigentes a partir de 22/04/14, estão sendo para o consumidor de 12,75% (Res. ANEEL nº 1713/14).



ANTONIO LUIZ DE ARAUJO

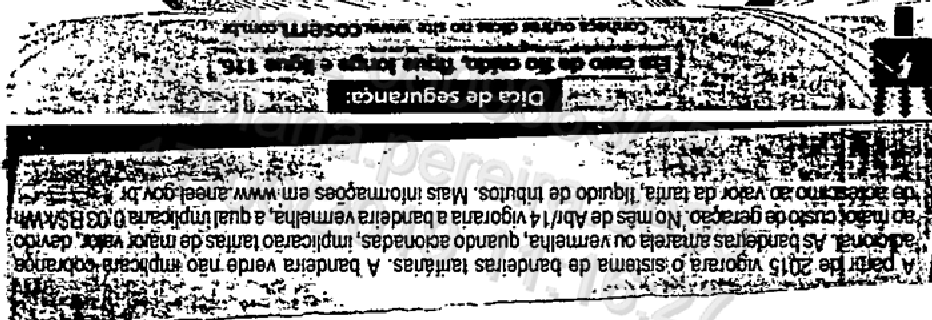
RUA JOSE DO PATROCÍNIO 24

SANTOS REIS/ÁREA URBANA  
59010-440 NATAL/RN



[www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

Conta Contrato: 0095971016  
Medidor: 1555550  
Un. Leitura: 14031112  
Sequência: 00170  
Poste: A6845





DOCUMENTO 3 \*T3%\*

HOSPITAL MEMORIAL

Murilo Luiz de Araujo

Hemograma  
leucograma  
Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, U<sup>+</sup>, H<sup>+</sup> P.  
glicose

ARUANA  
01 ABR 2015

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133-4200 - CEP 59022-020 - Tirol - Natal/RN