



Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2015

Carta nº: 7024884

A/C: JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS

Sinistro: 3150466548
Vitima: JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS
Data Acidente: 17/03/2015
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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2015

Carta nº: 7214747

A/C: JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS

Sinistro: 3150466548
Vítima: JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS
Data Acidente: 17/03/2015
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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2015

Carta nº: 7389970

A/C: JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS

Sinistro: 3150466548
Vítima: JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS
Data Acidente: 17/03/2015
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: JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002201-2

Conta: 000010017920-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

DOCUMENTO 7 "1744"



Eu, José Antonio Oliveira das Reis, portador da carteira de identidade nº 2005015008195 e inscrito no CPF/MF sob o nº 051.062.253-45 residente e domiciliado na Rua D. Long. Aldeon Valério, 2610 Cidade Rumos 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.

José Antonio Oliveira das Reis

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Rumos/CE, 05/Maio/2015

Local e data

ARIANA SEGUROS
02 JUN 2015

10



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, José Antonio Oliveira dos Reis
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2005015008495 EXPEDIDO POR SSDICE EM 19/04/05 E
 CPF 059062283-45 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO agente
 E RENDA MENSAL DE R\$ 788,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Antonio Oliveira dos Reis, 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 SISPDPVAT 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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° 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 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2201-2 N° da CONTA (com dígito, se existir) 17920-5

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.

Rua 16, 05 de Maio de 2015 José Antonio Oliveira dos Reis
 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 0800-0221204.

ARQUIVADO

02 JUN 2015

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
04/05/2015 - Autoatendimento - 16:34:21
032373117 2744

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO
CLIENTE JOSE ANTONIO O REIS
AGENCIA: 2201-2 CONTA: 17.920-5
VARIACAO 51
VALOR TOTAL * 2.00
NR. ENVELOPE 2.241.720.271

* Valor sujeito a conferencia.

* Dados do Envelope: n° 2.241.720.271
* acolhido em: 04/05/2015, na Agência 0323-9.

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTIL.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERACAO
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
04/05/2015 - Autoatendimento - 16:34:21
032373117 2744

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO
CLIENTE JOSE ANTONIO O REIS
AGENCIA: 2201-2 CONTA: 17.920-5
VARIACAO 51
VALOR TOTAL * 2.00
NR. ENVELOPE 2.241.720.271

* Valor sujeito a conferencia.

* Dados do Envelope: n° 2.241.720.271
* acolhido em: 04/05/2015, na Agência 0323-9.

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTIL.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERACAO
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

ARLIANA SEGUIROS
02 JUN 2015



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 2. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 102 - 8123 / 2015**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 02/05/2015-09:51:03

Data / Hora da Ocorrência: 17/03/2015 09:00:03

Endereço da Ocorrência: SIT SANTA LUZIA

NÃO INFORMADO RUSSAS /CE

Ponto de Referência: COLÉGIO MUNICIPAL

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSE ANTONIO DE OLIVEIRA DOS REIS

Nascimento: 01/05/1984

RG: Órgão Emissor: UF: - CPF:

Filiação: FRANCISCO DOS REIS SOBRINHO

MARIA LIDUINA DE OLIVEIRA

Endereço: R QUADRA 02 2610

TABOLEIRO DO CATAVENTO

RUSSAS CE BRASIL

Telefone: 85-99119375

Histórico

Informa que no dia e hora supracitados, trafegava na garupa da motocicleta HONDA CG 125cc DE COR VERMELHA ANO 2011 DE PLACA NVF-7959/CE, no sítio Santa Luzia quando, um animal atravessou a via e o condutor NELTON (primo da vítima) desviou e a vítima veio a cair; Que a vítima foi socorrida para o hospital municipal de Jaguaruana/CE, onde foi diagnosticado uma fratura na clavícula esquerda e na coluna e nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

"ESCRIVÃO AB HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: JOSE ANTONIO DE OLIVEIRA DOS REIS

VISTO DO DELEGADO(A):

TERCIA RENATA SOUZA PIMENTEL AGUIAR PUPO - MAT.: 198368-1-9

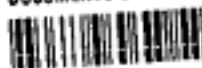
ARQUIVADO

02 JUN 2015



FICHA DE REFERÊNCIA

DOCUMENTO 2 1296



CNES: _____

Unidade de Origem: _____

Município: JAGUARUANA

Nome: *Dr. Antonio Oliveira dos Reis*

Sexo: M (☒) F () Data de Nascimento: *1*

Ocupação: _____

Endereço: *Jaguaruana*

Bairro: _____

Tel: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: *Exames pendentes de resultados e*

RESULTADO DE EXAMES: *Exames pendentes de resultados*

CONDUTA JÁ REALIZADA: *Exames pendentes de resultados*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: *Exames pendentes de resultados*

Dr. José Gilson Estrela
Assinatura _____ CRM _____

Função

Data

Horário

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: Ambulatorial (☒)

Hospitalar ()

Auxílio diagnóstico ()

PROCEDIMENTO: *Exames pendentes de resultados*

PROFISSIONAL: *Dr. Antonio Oliveira dos Reis*

DATA: *1*

HORA: *1*

UNIDADE DE REFERÊNCIA: *HCGM*

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNID. DE REFERÊNCIA: _____

PRONTUÁRIO Nº: _____

ALTA: *1*

MUNICÍPIO: _____

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO: _____

RESULTADO DE EXAMES: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

CID: _____

SECUNDÁRIO 1: _____

CID: _____

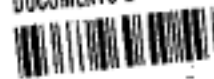
SECUNDÁRIO 2: _____

CID: _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO: _____

ARLIANA SEGUROS

02 JUN 2015



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Antonio Oliveira dos ReisRG nº 2005015008195 data de expedição 19/04/05 Órgão SSP/CE

CPF nº 051.062.253-45, 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 D. Com. Abdon Valério</u>
Número	<u>2610</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Tabuleiro do Catamento</u>
Cidade	<u>Rumas</u>
Estado	<u>Garaí</u>
CEP	<u>62900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 9748.0607 / 9245.8222</u>
E-mail	<u>xypersonvolney@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rumas/CE, 05/05/15Assinatura do Declarante: JOSÉ ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS

ARUANA SEGUROS

02 JUN 2015

3



Case No. 80-107-Sub A

2019 810713080 200 208 2

1990	1991	1992	1993	1994
10.0	10.0	10.0	10.0	10.0

ANALISANDO SUA POPI. ALGOR. PARA TRATAR E SALVA.
DEVIDO A FALTA DE CLARAS PARA USO RACIONAL P. ECONOMIZAR PARA

[illegible]

1	10/01/2015	0,00	VALOR DO SERVIÇO	51,56
2	10/01/2015	0,00	VALOR DO SUBSÍDIO	29,16
3	10/01/2015	1,39	VALOR TOTAL A PAGAR	29,16
TOTAL A PAGAR (R\$)			29,16	



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagedi, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: (11) 2751-1491,
nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site
www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece
3101, 1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria
estando 11 - Site da SARC: www.sarc.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; I. D. 2 - Terna - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará (I. D. 2/2/2017).

ARIANA SEGUROS

02 JUN 2015

54.



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Patricia Carla do Nascimento Carneiro,RG nº 98097134350, data de expedição 06/03/03,Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 952275713-68, comdomicílio na cidade de Russas, no Estado deCeará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)R. Genardo Aleiro dos Santos nº 1908complemento Tal. Catavento declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Jose Antonio O dos Reis cujo o condutor eraNenilton de Oliveira.Veículo: MotoModelo: Honda CG 150 Fan ESIAno: 2011Placa: NUF-7959Chassi: 9C2KC167082358960Data do Acidente: 17/03/15Local e Data: Russas 04 de Maio de 2015

CARTÓRIO
LEITE BORGES

Patricia CARLA DO NASCIMENTO CARNEIRO
Assinatura do Declarante

Nenilton de Oliveira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)PATRICIA CARLA DO
NASCIMENTO CARNEIRO
Dou fe. Russas, terça-feira, 5 de maio de 2015 - 14:28
Eu Testemunho Quem declara da verdade.
Reno Nachado da Ponte-Escrevente Substituto
#VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 85-870980-CARTÓRIO LEITE BORGES-3J OFÍCIO DE RUSSAS/CE
Fone/Fax: (88) 3411.2186-Av. Don Lino-1108-Centro



ARUANA SEGUIROS

02 JUN 2015

3

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

DOCUMENTO 4 "T4"

CNES: _____

Município: JAGUARUANA

Nome: Dr. Antonio Oliveira de Moraes

Sexo: M () F () Data de Nascimento: _____

Ocupação: _____

Endereço: Jaguariuna

Bairro: _____

Tel: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Exames de rotina e

RESULTADO DE EXAMES: Exames de rotina

CONDUTA JÁ REALIZADA: Exames de rotina

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Exames de rotina

Dr. José Gilson Estanislau
Assinatura do Médico

Função

Data

Horário

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: Ambulatorial ()

Hospitalar ()

Auxílio diagnóstico ()

PROCEDIMENTO: Exames de rotina

PROFISSIONAL: Dr. Antonio Oliveira de Moraes

DATA: _____

HORA: _____

UNIDADE DE REFERÊNCIA: HCGM

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNID. DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____

PRONTUÁRIO Nº: _____

ALTA: _____

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO: _____

RESULTADO DE EXAMES: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

CID: _____

SECUNDÁRIO 1: _____

CID: _____

SECUNDÁRIO 2: _____

CID: _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO: _____

ARUANA SEGIROS

02 JUN 2015



ATESTADO

Atesto que Dr. Pedro Roberto
Neto

está impossibilitado(a) de trabalhar, por
60 (sessenta)

dias, apartir desta data 20/03/15, por
⊖ Poluínico

Arturo Guerra
Neto Neto

MÉDICO - CRM

www.hcsrussas.com.br

Valter
Neto
CRM-PR
11.111.111-11

ARUANA SEGUROS

02 JUN 2015

567



PREFEITURA DE
Jaguaruana
UMA VIDA NOVA



Secretaria Municipal de Saúde

*por Antonio de Oliveira
Vitor Rêgo*

Soluto

Marcelo do Carmo

Esperança

Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ: 12.040.122/0001-90

Data: *77 03/2019*

AV. SIMÃO DE GÓIS, 1734 - CENTRO - JAGUARUANA-CE
CNPJ: 12.040.122/0001-90 TEL: (88) 3418.1619

ARUANA SEGUROS

02 JUN 2015

67



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 15.03.1964

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

JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS
Assinatura do titular

JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS
Assinatura do titular

POLEGAR DIREITO

CARTÃO DE IDENTIDADE - VIGÊNCIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 15.03.1964

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

JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS
Assinatura do titular

JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS
Assinatura do titular

POLEGAR DIREITO

CARTÃO DE IDENTIDADE - VIGÊNCIA

19/4/2005

2065015008195

JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS

FRANCISCO DOS REIS SOBRINHO E

ARIA LIDIANA DE OLIVEIRA

1/5/1984

110/27 L A/11 F

1/5/1984

110/27 L A/11 F

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

557.67.553-45

Nome

JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS

Nascimento

1/5/1984

ARIANA SFGUIROS

9 2 JUN 2015



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 051.062.253-45

Nome da Pessoa Física: JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS

Situação Cadastral: REGULAR

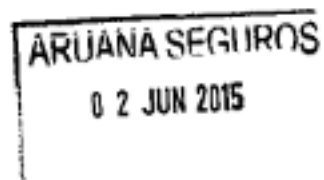
Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **10:24:47** do dia **27/05/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **2F72.1921.B17A.AE5A**

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.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETTRAN - CE Nº 011690470245
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 PPT 01 0028393441 0000000000 2014

NOME: PATRICIA CARRA DO NASCIMENTO CAR
 RUSAS / CE

CPF/CNPJ: 95227571368 / NVEF7959/CE

PLACA ANT./UF: 9C2KC1670BR35B960 / CE

ESPÉCIE: PAS/MOTOCICLO/NAU/APP/IC/ COMBUSTÍVEL: GASUL/ALCO

MARCA/MODEL: HONDA/CG 150 FAN ESI / ANO FAB: 2011 / ANO MOD: 2011

CAP/POT/CL: 2P/149CC / CATEGORIA: PARTIC / COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 1 / VENC. COTA ÚNICA: 1 / VENC. COTAS: 1

P: 1 / PARCELAMENTO: 2 / PREÇO TOTAL (R\$): 1

V: 1 / PREÇO TOTAL (R\$): 1

A: 1 / PREÇO TOTAL (R\$): 1

PREÇO TOTAL (R\$): 1

DATA: 25/11/2014

LOCAL: RUSAS

Assinatura: Igor Pontes

CE Nº 011690470245 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2014 DATA EMISSÃO: 25/11/2014

VE: 01 95227571368 / NVEF7959 / PLACA

RENAVAM: 0028393441 / MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB: 2011 / ANO MOD: 09 / CHASSI: 9C2KC1670BR35B960

PREMIO TARIFÁRIO

END (R\$): 129,04 / DENATRAN (R\$): 14,34 / CUSTO DO SEGURO (R\$): 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 / COTA ÚNICA: 1,11 / CUSTO DO SEGURO (R\$): 292,01

PROTEÇÃO: 1 / DATA DE EMISSÃO: 24/11/2014

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.680/0001-04
www.seguradora lider.com.br

NOTA: KC16E7R35B960 00582

ARUANA SEGUROS
 02 JUN 2015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150466548 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS **Data do acidente:** 17/03/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA DE OMBRO ESQUERDO E COLUNA CERVICAL

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO INSUFICIENTE PARA AVALIAR SEQUELA

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

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150466548

Cidade: Russas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS

Data do acidente: 17/03/2015

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. TRAUMATISMO TORÁCICO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO, ATROFIA MUSCULAR E PERDA DE FORÇA. QUEIXA-SE DE DOR TORÁCICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR 60 DIAS. FEZ 3 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES COM ALTA DEFINITIVA COM SEQUELAS.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/06/2015

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

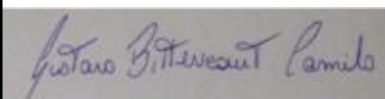
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/07/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02201-2

CONTA: 000010017920-7

Nr. da Autenticação E0939FD48DCABA90

**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): **JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS** Sinistro: **3150466548** Data: **17/03/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA D CONJ ABDON VALERIO, 2610 - TABULEIRO DO CATAVENTO - Russas - CE - CEP 62900-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2005015008195**

Data local do exame: [**25/06/2015**] **Russas** [**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 DA CLAVÍCULA ESQUERDA. TRAUMATISMO TORÁCICO. AO EXAME, VÍTIMA COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO, ATROFIA MUSCULAR E PERDA DE FORÇA. QUEIXA-SE DE DOR TORÁCICA.

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.
TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR 60 DIAS. FEZ 3 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES COM ALTA DEFINITIVA COM SEQUELAS.

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 ombro esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção 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):
Ombro esquerdo

% 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 120.679.68-27
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE