



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Juazeiro do Norte
Processo:	00680668620168060112
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	09/09/2021 11:33:34

Partes

Solicitante:	Seguradora Lider dos Consortios do Seguro Dpvat
--------------	--

Documentos

Petição:	2617491_CONTESTACAO_0 1 - 1-10.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 1-9.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 10-18.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 19-20.pdf
Documentação:	2617491_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-30.pdf
Procuração/Substabeleciment o:	SUBSTABELECIMENTO_SU PERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter
o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

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: 09/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03587

CONTA: 000000023558-2

Nr. da Autenticação 50B763FA6BB20205

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**


Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

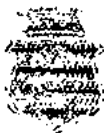
Nome do(a) Examinado(a): Jose Edgar Jacinto de Carvalho
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Flaviano José da Silva, 36
Limoeiro Juazeiro do Norte CE CEP: 63030-271
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2007029143240
Data local do exame: [05/11/2016] Juazeiro do Norte [CE]

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)
LUXACAO DO OMBRO ESQUERDO E TRAUMA DO BRACO ESQUERDO E TORAX A ESQUERDA, APRESENTA SUBLUXACAO DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUICAO DA FORCA DE SUSTENTACAO DO MSE, LIMITACAO PARA MOVIMENTO DE ROTACAO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO.
- 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.
APRESENTA SUBLUXACAO DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUICAO DA FORCA DE SUSTENTACAO DO MSE, LIMITACAO PARA MOVIMENTO DE ROTACAO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO.
Data da alta: OUT DE 2016
TRATAMENTO CONSERVADRO COM TIPOIA E SEM REDUCAO DA LUXACAO.
Complicações: NAO HA COMPLICACAO
- 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.
APRESENTA SUBLUXACAO DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUICAO DA FORCA DE SUSTENTACAO DO MSE, LIMITACAO PARA MOVIMENTO DE ROTACAO INTERNA DO OMBRO 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 (*).
- | | |
|---|--|
| <p>() “Vítima em tratamento”
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> <p>() “Exame não permite conclusão”
Vide motivo do impedimento no campo das observações</p> | <p>() “Sem sequela permanente”
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
Membro superior - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Médico - CRM 8133
CPF: 549.070.043-20



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



0001

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 12497 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 12/08/2016 10:09:46
Data / Hora da Ocorrência: 31/07/2016 06:30:00
Endereço da Ocorrência: RUA SEBASTIÃO MARIANO
Complemento:
Bairro: TIRADENTES Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSÉ EDGAR JACINTO DE CARVALHO
Nascimento: 09/10/1992 CPF: 064.395.253-52
RG: 2007029143240 Órgão Emissor: SSP
Filiação: LUCINEIDE JACINTO DE CARVALHO
EDIVAL DE CARVALHO
Endereço: RUA FLAVIANO JOSÉ DA SILVA, 36
Bairro: LIMOEIRO
Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
País: BRASIL

Telefone:

UF: CE
M E M
SEGURADORA

CEP: 30 AGO. 2016

DPVAT

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NUY6290 Uf: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi: BCGKE152082033127 Renavam: 306867680 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR125 K Ano Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2011 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: MARIA LUCINEIDE JACINTO DE CARVALHO Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

ADVERTIDO DAS PENAS COMINADAS NOS ARTIGOS 340 E 342, AMBOS DO CPB, RELATA O NOTICIANTE/VÍTIMA QUE NA DATA E LOCAL ACIMA-MENCIONADO CONDUZIA A MOTO YAMAHA DE PLACA NUY 6290 QUANDO PERDERA O CONTROLE DA MESMA AO PASSAR POR UM BANCO DE AREIA, COLIDINDO NA CERCA, INDO AO SOLO, ONDE SOFREU FRATURA NA CLAVICULA ESQUERDA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI, ONDE TEVE ATENDIMENTO MÉDICO, QUE NÃO POSSUI CNH, QUE A REFERIDA MOTO PERTENCE A SUA MÃE, QUE APRESENTA COPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: RG, CPF, CRLV, COMPROVANTE DE ENDEREÇO, FICHA DE ATENDIMENTO DO HRC - PRONTUÁRIO DE Nº 27492, E NADA MAIS DISSE.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO CRUZ LANDIM - MAT.: 106255-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSÉ EDGAR JACINTO DE CARVALHO

VISTO DO DELEGADO(A):

LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Jose Edgar Jacinto de Carvalho, portador da carteira de identidade nº 2007029143-240 e inscrito no CPF/MF sob o nº 064.395.253-52, residente e domiciliado na R. Flaviano Jose da Silva, 36 - Limoeiro, Cidade Juazeiro do Norte, 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
- (X) 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 Líder 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.

Jose Edgar Jacinto de Carvalho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte-CE 17/08/16

Local e data



FICHA DE ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO Prontuário: 27492 Admissão: 31/07/2016
Data Nasc.: 09/10/1992 Idade: 23 ano(s) 9 mes(es) e 27 dia(s) Telefone: 88 988287004
Mãe: MARIA LUCINEIDE JACINTO DE CARVALHO
Sexo: Masculino RG: 2007029143240 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: JOSE GERALDO DA CRUZ
Endereço: RUA FRANCISCO LEANDRO DE SOUSA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: WONESKA RODRIGUES PINHEIRO Horário: 08:44
Queixa: pte relata ter sofrido acidente motociclistico, apresenta dor toracica e em mse, relata tambem historia de inconsciencia
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: HISTORIA DE INCONSCIENCIA
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: 7 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM: 4366 Nº 334540 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS DO OMBRO E DO BRACO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DO MOTO SOFRENDO TRAUMA NO TÓRAX E NO OMBRO ESQUERDO. AO EXAME DOR A MOBILIZAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO E NO GRADIL COSTAL DIREITO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
31/07/2016 08:44:00	TRAUMA MAIOR	HISTORIA DE INCONSCIENCIA	AMARELO	WONESKA RODRIGUES PINHEIRO

Comprovação do ato declaratório

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX ARCOS COSTAIS D AP/OBLIQUO (0204030072)	31/07/201 09:40	Não	Realizado
RX OMBRO E AXIAL (0204040116)	31/07/201 09:40	Não	Realizado
RX OMBRO E LATERAL/ ESCAPULAR (0204040116)	31/07/201 09:40	Não	Realizado

Fernando Neves P. da Luz
CRM: 4366
CPR: 217.144.874-15

M B M
SEGURADORA
30 AGO. 2016
DPVAT

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Jose Carlos Jacinto de Carvalho

RG nº 2007029143240 Data de expedição 19/06/07 Órgão SSP-CE

CPF nº 064395.253-52 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>R. Flaviano Jose da Silva</u>
Número	<u>36</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Limoeiro</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63030.271</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3572.0398 / (88) 99779.2255</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte CE 17/08/16

Assinatura do Declarante: Jose Carlos Jacinto de Carvalho



6234069-7

Atividade Social de Energia Elétrica
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO 4 - 174
Data de Emissão 14/07/2016

Rota 09 13000 22 261400 - 4
Nome SAMUEL FLORIANO DOS SANTOS
End. Postal RU FLAVIANO JOSE DA SILVA 00036
LIMOEIRO - JUAZEIRO DO NORTE - 63030271
Medidor 7686289
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 067366094-02
Nome do Responsável
Fator de Potência 0,00
CGF

DATA

14/07/2016 16/08/2016

Base de Cálculo (R\$) 76,38

Alíquota 27,00%

Valor do Imposto 20,62

DIC 5,07

FIC 3,23

DMIC 2,86

Valor (R\$) 76,38

Valor (R\$) 2,07

VALOR CONSUMO DO MES

MULTA MORATORIA REF 06/2016

21/07/2016

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS

DATA	VALOR	DEBITO	CREDITO	Saldo
01/07	100			100
02/07	146			246
03/07	129			375
04/07	130			505
05/07	121			626
06/07	90			716
07/07	85			801
08/07	25			826
09/07	24			850
10/07	33			883
11/07	34			917
12/07	33			950
13/07	34			984
14/07	34			1018
15/07	34			1052
16/07	34			1086
17/07	34			1120
18/07	34			1154
19/07	34			1188
20/07	34			1222
21/07	34			1256
22/07	34			1290
23/07	34			1324
24/07	34			1358
25/07	34			1392
26/07	34			1426
27/07	34			1460
28/07	34			1494
29/07	34			1528
30/07	34			1562
31/07	34			1596
01/08	34			1630
02/08	34			1664
03/08	34			1698
04/08	34			1732
05/08	34			1766
06/08	34			1800
07/08	34			1834
08/08	34			1868
09/08	34			1902
10/08	34			1936
11/08	34			1970
12/08	34			2004
13/08	34			2038
14/08	34			2072
15/08	34			2106
16/08	34			2140
17/08	34			2174
18/08	34			2208
19/08	34			2242
20/08	34			2276
21/08	34			2310
22/08	34			2344
23/08	34			2378
24/08	34			2412
25/08	34			2446
26/08	34			2480
27/08	34			2514
28/08	34			2548
29/08	34			2582
30/08	34			2616
31/08	34			2650
01/09	34			2684
02/09	34			2718
03/09	34			2752
04/09	34			2786
05/09	34			2820
06/09	34			2854
07/09	34			2888
08/09	34			2922
09/09	34			2956
10/09	34			2990
11/09	34			3024
12/09	34			3058
13/09	34			3092
14/09	34			3126
15/09	34			3160
16/09	34			3194
17/09	34			3228
18/09	34			3262
19/09	34			3296
20/09	34			3330
21/09	34			3364
22/09	34			3398
23/09	34			3432
24/09	34			3466
25/09	34			3500
26/09	34			3534
27/09	34			3568
28/09	34			3602
29/09	34			3636
30/09	34			3670
01/10	34			3704
02/10	34			3738
03/10	34			3772
04/10	34			3806
05/10	34			3840
06/10	34			3874
07/10	34			3908
08/10	34			3942
09/10	34			3976
10/10	34			4010
11/10	34			4044
12/10	34			4078
13/10	34			4112
14/10	34			4146
15/10	34			4180
16/10	34			4214
17/10	34			4248
18/10	34			4282
19/10	34			4316
20/10	34			4350
21/10	34			4384
22/10	34			4418
23/10	34			4452
24/10	34			4486
25/10	34			4520
26/10	34			4554
27/10	34			4588
28/10	34			4622
29/10	34			4656
30/10	34			4690
31/10	34			4724
01/11	34			4758
02/11	34			4792
03/11	34			4826
04/11	34			4860
05/11	34			4894
06/11	34			4928
07/11	34			4962
08/11	34			4996
09/11	34			5030
10/11	34			5064
11/11	34			5098
12/11	34			5132
13/11	34			5166
14/11	34			5200
15/11	34			5234
16/11	34			5268
17/11	34			5302
18/11	34			5336
19/11	34			5370
20/11	34			5404
21/11	34			5438
22/11	34			5472
23/11	34			5506
24/11	34			5540
25/11	34			5574
26/11	34			5608
27/11	34			5642
28/11	34			5676
29/11	34			5710
30/11	34			5744
01/12	34			5778
02/12	34			5812
03/12	34			5846
04/12	34			5880
05/12	34			5914
06/12	34			5948
07/12	34			5982
08/12	34			6016
09/12	34			6050
10/12	34			6084
11/12	34			6118
12/12	34			6152
13/12	34			6186
14/12	34			6220
15/12	34			6254
16/12	34			6288
17/12	34			6322
18/12	34			6356
19/12	34			6390
20/12	34			6424
21/12	34			6458
22/12	34			6492
23/12	34			6526
24/12	34			6560
25/12	34			6594
26/12	34			6628
27/12	34			6662
28/12	34			6696
29/12	34			6730
30/12	34			6764
31/12	34			6798
01/01	34			6832
02/01	34			6866
03/01	34			6900
04/01	34			6934
05/01	34			6968
06/01	34			7002
07/01	34			7036
08/01	34			7070
09/01	34			7104
10/01	34			7138
11/01	34			7172
12/01	34			7206
13/01	34			7240
14/01	34			7274
15/01	34			7308
16/01	34			7342
17/01	34			7376
18/01	34			7410
19/01	34			7444
20/01	34			7478
21/01	34			7512
22/01	34			7546
23/01	34			7580
24/01	34			7614
25/01	34			7648
26/01	34			7682
27/01	34			7716
28/01	34			7750
29/01	34			7784
30/01	34			7818
31/01	34			7852
01/02	34			7886
02/02	34			7920
03/02	34			7954
04/02	34			7988
05/02	34			8022
06/02	34			8056
07/02	34			8090
08/02	34			8124
09/02	34			8158
10/02	34			8192
11/02	34			8226
12/02	34			8260
13/02	34			8294
14/02	34			8328
15/02	34			8362
16/02	34			8396
17/02	34			8430
18/02	34			8464
19/02	34			8498
20/02	34			8532
21/02	34			8566
22/02	34			8600
23/02	34			8634
24/02	34			8668
25/02	34			8702
26/02	34			8736
27/02	34			8770
28/02	34			8804
29/02	34			8838
30/02	34			8872
31/02	34			8906
01/03	34			8940
02/03	34			8974
03/03	34			9008
04/03	34			9042
05/03	34			9076
06/03	34			9110

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Jose Carlos Jacinto de Carvalho

RG nº 2007029143240 Data de expedição 19/06/07 Órgão SSP-CE

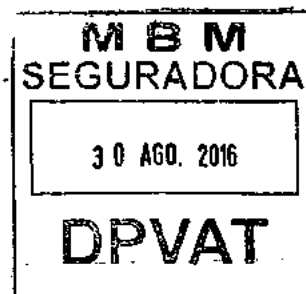
CPF nº 064395.253-52 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Flaviano Jose da Silva</u>
Número	<u>36</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Limoeiro</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63030.271</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3572.0398 / (88) 99779.2255</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte CE 17/08/16

Assinatura do Declarante: Jose Carlos Jacinto de Carvalho



Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

Nome do Responsável		Data da Apresentação		Data de Entrega	
Jul/2016		16/07/2016		16/08/2016	
Base de Cálculo (R\$)		Alíquota		Valor do Imposto	
76,38		27,00%		20,62	

1998.1997.1996.1995.1994.1993.1992.1991.1990.1989.1988.1987.1986.1985.1984.1983.1982.1981.1980.1979.1978.1977.1976.1975.1974.1973.1972.1971.1970.1969.1968.1967.1966.1965.1964.1963.1962.1961.1960.1959.1958.1957.1956.1955.1954.1953.1952.1951.1950.1949.1948.1947.1946.1945.1944.1943.1942.1941.1940.1939.1938.1937.1936.1935.1934.1933.1932.1931.1930.1929.1928.1927.1926.1925.1924.1923.1922.1921.1920.1919.1918.1917.1916.1915.1914.1913.1912.1911.1910.1909.1908.1907.1906.1905.1904.1903.1902.1901.1900.1899.1898.1897.1896.1895.1894.1893.1892.1891.1890.1889.1888.1887.1886.1885.1884.1883.1882.1881.1880.1879.1878.1877.1876.1875.1874.1873.1872.1871.1870.1869.1868.1867.1866.1865.1864.1863.1862.1861.1860.1859.1858.1857.1856.1855.1854.1853.1852.1851.1850.1849.1848.1847.1846.1845.1844.1843.1842.1841.1840.1839.1838.1837.1836.1835.1834.1833.1832.1831.1830.1829.1828.1827.1826.1825.1824.1823.1822.1821.1820.1819.1818.1817.1816.1815.1814.1813.1812.1811.1810.1809.1808.1807.1806.1805.1804.1803.1802.1801.1800.1799.1798.1797.1796.1795.1794.1793.1792.1791.1790.1789.1788.1787.1786.1785.1784.1783.1782.1781.1780.1779.1778.1777.1776.1775.1774.1773.1772.1771.1770.1769.1768.1767.1766.1765.1764.1763.1762.1761.1760.1759.1758.1757.1756.1755.1754.1753.1752.1751.1750.1749.1748.1747.1746.1745.1744.1743.1742.1741.1740.1739.1738.1737.1736.1735.1734.1733.1732.1731.1730.1729.1728.1727.1726.1725.1724.1723.1722.1721.1720.1719.1718.1717.1716.1715.1714.1713.1712.1711.1710.1709.1708.1707.1706.1705.1704.1703.1702.1701.1700.1699.1698.1697.1696.1695.1694.1693.1692.1691.1690.1689.1688.1687.1686.1685.1684.1683.1682.1681.1680.1679.1678.1677.1676.1675.1674.1673.1672.1671.1670.1669.1668.1667.1666.1665.1664.1663.1662.1661.1660.1659.1658.1657.1656.1655.1654.1653.1652.1651.1650.1649.1648.1647.1646.1645.1644.1643.1642.1641.1640.1639.1638.1637.1636.1635.1634.1633.1632.1631.1630.1629.1628.1627.1626.1625.1624.1623.1622.1621.1620.1619.1618.1617.1616.1615.1614.1613.1612.1611.1610.1609.1608.1607.1606.1605.1604.1603.1602.1601.1600.1599.1598.1597.1596.1595.1594.1593.1592.1591.1590.1589.1588.1587.1586.1585.1584.1583.1582.1581.1580.1579.1578.1577.1576.1575.1574.1573.1572.1571.1570.1569.1568.1567.1566.1565.1564.1563.1562.1561.1560.1559.1558.1557.1556.1555.1554.1553.1552.1551.1550.1549.1548.1547.1546.1545.1544.1543.1542.1541.1540.1539.1538.1537.1536.1535.1534.1533.1532.1531.1530.1529.1528.1527.1526.1525.1524.1523.1522.1521.1520.1519.1518.1517.1516.1515.1514.1513.1512.1511.1510.1509.1508.1507.1506.1505.1504.1503.1502.1501.1500.1499.1498.1497.1496.1495.1494.1493.1492.1491.1490.1489.1488.1487.1486.1485.1484.1483.1482.1481.1480.1479.1478.1477.1476.1475.1474.1473.1472.1471.1470.1469.1468.1467.1466.1465.1464.1463.1462.1461.1460.1459.1458.1457.1456.1455.1454.1453.1452.1451.1450.1449.1448.1447.1446.1445.1444.1443.1442.1441.1440.1439.1438.1437.1436.1435.1434.1433.1432.1431.1430.1429.1428.1427.1426.1425.1424.1423.1422.1421.1420.1419.1418.1417.1416.1415.1414.1413.1412.1411.1410.1409.1408.1407.1406.1405.1404.1403.1402.1401.1400.1399.1398.1397.1396.1395.1394.1393.1392.1391.1390.1389.1388.1387.1386.1385.1384.1383.1382.1381.1380.1379.1378.1377.1376.1375.1374.1373.1372.1371.1370.1369.1368.1367.1366.1365.1364.1363.1362.1361.1360.1359.1358.1357.1356.1355.1354.1353.1352.1351.1350.1349.1348.1347.1346.1345.1344.1343.1342.1341.1340.1339.1338.1337.1336.1335.1334.1333.1332.1331.1330.1329.1328.1327.1326.1325.1324.1323.1322.1321.1320.1319.1318.1317.1316.1315.1314.1313.1312.1311.1310.1309.1308.1307.1306.1305.1304.1303.1302.1301.1300.1299.1298.1297.1296.1295.1294.1293.1292.1291.1290.1289.1288.1287.1286.1285.1284.1283.1282.1281.1280.1279.1278.1277.1276.1275.1274.1273.1272.1271.1270.1269.1268.1267.1266.1265.1264.1263.1262.1261.1260.1259.1258.1257.1256.1255.1254.1253.1252.1251.1250.1249.1248.1247.1246.1245.1244.1243.1242.1241.1240.1239.1238.1237.1236.1235.1234.1233.1232.1231.1230.1229.1228.1227.1226.1225.1224.1223.1222.1221.1220.1219.1218.1217.1216.1215.1214.1213.1212.1211.1210.1209.1208.1207.1206.1205.1204.1203.1202.1201.1200.1199.1198.1197.1196.1195.1194.1193.1192.1191.1190.1189.1188.1187.1186.1185.1184.1183.1182.1181.1180

DATA	VALOR	VALOR TOTAL
13/07/16	1,80	76,38
14/07/16	1,80	76,38
15/07/16	1,80	76,38
16/07/16	1,80	76,38
17/07/16	1,80	76,38
18/07/16	1,80	76,38
19/07/16	1,80	76,38
20/07/16	1,80	76,38
21/07/16	1,80	76,38
22/07/16	1,80	76,38
23/07/16	1,80	76,38
24/07/16	1,80	76,38
25/07/16	1,80	76,38
26/07/16	1,80	76,38
27/07/16	1,80	76,38
28/07/16	1,80	76,38
29/07/16	1,80	76,38
30/07/16	1,80	76,38
31/07/16	1,80	76,38
01/08/16	1,80	76,38
02/08/16	1,80	76,38
03/08/16	1,80	76,38
04/08/16	1,80	76,38
05/08/16	1,80	76,38
06/08/16	1,80	76,38
07/08/16	1,80	76,38
08/08/16	1,80	76,38
09/08/16	1,80	76,38
10/08/16	1,80	76,38
11/08/16	1,80	76,38
12/08/16	1,80	76,38
13/08/16	1,80	76,38
14/08/16	1,80	76,38
15/08/16	1,80	76,38
16/08/16	1,80	76,38
17/08/16	1,80	76,38
18/08/16	1,80	76,38
19/08/16	1,80	76,38
20/08/16	1,80	76,38
21/08/16	1,80	76,38
22/08/16	1,80	76,38
23/08/16	1,80	76,38
24/08/16	1,80	76,38
25/08/16	1,80	76,38
26/08/16	1,80	76,38
27/08/16	1,80	76,38
28/08/16	1,80	76,38
29/08/16	1,80	76,38
30/08/16	1,80	76,38
31/08/16	1,80	76,38
01/09/16	1,80	76,38
02/09/16	1,80	76,38
03/09/16	1,80	76,38
04/09/16	1,80	76,38
05/09/16	1,80	76,38
06/09/16	1,80	76,38
07/09/16	1,80	76,38
08/09/16	1,80	76,38
09/09/16	1,80	76,38
10/09/16	1,80	76,38
11/09/16	1,80	76,38
12/09/16	1,80	76,38
13/09/16	1,80	76,38
14/09/16	1,80	76,38
15/09/16	1,80	76,38
16/09/16	1,80	76,38
17/09/16	1,80	76,38
18/09/16	1,80	76,38
19/09/16	1,80	76,38
20/09/16	1,80	76,38
21/09/16	1,80	76,38
22/09/16	1,80	76,38
23/09/16	1,80	76,38
24/09/16	1,80	76,38
25/09/16	1,80	76,38
26/09/16	1,80	76,38
27/09/16	1,80	76,38
28/09/16	1,80	76,38
29/09/16	1,80	76,38
30/09/16	1,80	76,38
01/10/16	1,80	76,38
02/10/16	1,80	76,38
03/10/16	1,80	76,38
04/10/16	1,80	76,38
05/10/16	1,80	76,38
06/10/16	1,80	76,38
07/10/16	1,80	76,38
08/10/16	1,80	76,38
09/10/16	1,80	76,38
10/10/16	1,80	76,38
11/10/16	1,80	76,38
12/10/16	1,80	76,38
13/10/16	1,80	76,38
14/10/16	1,80	76,38
15/10/16	1,80	76,38
16/10/16	1,80	76,38
17/10/16		

21/07/2016

78.45

21/07/2016
 HISTÓRICO DE CANCELAMENTO

Energia	33,47																			
Transmissão	0,00																			
Distribuição	5,05																			
Encargos Setoriais	24,57																			
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	76,08																			
TOTAL																				

47,11

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:
Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 105,80. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso se até 30 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

MBM
SEGURADORA

30 AGO. 2016

DPVAT



0015

Impressão em 06/08/2016

Nº DO CLIENTE
6417502-2

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438,
de 26 de abril de 2002.

coelce

Para utilizar sua atendimento, utilize o nº, como
sempre que entrar em contato conosco.

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.343-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B) - SÉRIE B - 11111111111111111111

Rota 18 13000 10 4A2000 - 1 Data de Emissão 26/04/2016

Nome CICERA MARIÁ VITAL LEITE

End. Postal TR SEVERINO CANDIDO 00010

PEDRINKAS - JUAZEIRO DO NORTE - 63018660

Medidor 2037066

Poste 0000 E53W

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDADOR de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 005116273-35

CGF

Nome do Responsável

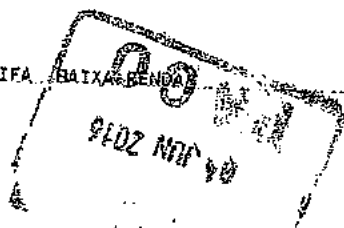
DATAS
Data de Referência: Abr/2016
Data de Apresentação: 26/04/2016
Próxima Leitura: 25/05/2016

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta
Conjuntos JUAZEIRO DO NORTE
Mês: Fev/2016
DIEB 48,92

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
DIEB = 0,88 F
Padrão Individual: Mensal 5,87, Trm. 10,15, Anual 28,38
Apuração Individual: Mensal 0,00, Trm. 0,00, Anual 0,00
DIEB 48,92

INFORMAÇÕES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO
Leds. Atual 2002, Leds. Anterior 2630, Const. 1,00, Consumo (kWh) 104, Cons. Ind. 0,00, Cons. Fel. 30, Tarifa (R\$/kWh) 0,18771, Valor (R\$) 19,73
26/04/16 24/03/16 33 DIAS 104 25,28

DESCRIÇÃO
VALOR CONSUMO DO MÊS 25,28
QUOTA PARCELAMENTO 2/8 41,48
MULTA MORATORIA REF 03/2016 1,89
CORREÇÃO MONETÁRIA DO MÊS 0,75
JÚROS DO MÊS 1,62
PIS-COFINS, COMPLEMENTAR-TARIFA 1,25



VENCIMENTO 03/05/2016

TOTAL A PAGAR (R\$)

72,27

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO
Energia 15,80
Transmissão 0,00
Distribuição 0,00
Encargos Setoriais 2,63
Tributos (PIS/COFINS) 2,72
TOTAL 26,53

HISTÓRICO DE CONSUMO

175	104	191	259	284	282	225	191	125	130	124	118	127
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através da Ecoelce.
Emissão kg(CO₂) 44,95
Compensado kg(CO₂) 0,00
Consciência Ecológica (% CO₂) 0%

Informações importantes e avisos de vencimento
CONTAS EM ATRASO

Preto Aviso:
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábeis em atraso.
Segue o detalhamento do débito, o não pagamento da dívida implica
na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias
após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL - 414/10. Aviso
172 e 173, bem como o envio das informações aos órgãos de proteção
ao crédito e cartório de protesto. Caso já tenha efetuado o pagamento,
favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

Res/ano 03/2016
Total 155,60

M B M
SEGURADORA
30 AGO. 2016
DPVAT



0030

Autorização de funcionamento

DECLARAÇÃO**Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Cicera Marcia Vital Leite, portador(a) do

RG nº CNH:06188254640, expedido por Detran-CE, em

26 / 09 / 2014, CPF/CNPJ nº 005.116.273-35

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jose Edgar

facinto de Carvalho do sinistro de DPVAT da natureza invalidez

da vítima Jose Edgar facinto de Carvalho, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônoma Renda Mensal: R\$ 784,00

Documentos comprobatórios: CNH, CPF, Comp.Residência - Sem comprovação
de Profissão e Renda.

Cicera Marcia Vital Leite
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

M B M SEGURADORA
30 AGO. 2016
DPVAT



0031
Implementação

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marina Lucineide Jacinto da Carvalho

RG nº 254725993, data de expedição 04/10/13,

Órgão SSP, portador do CPF nº 731.957.903-00, com domicílio na cidade de Juazeiro do N., no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Flaviano Gore da Silva, nº 336, complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima GORE EDGAR JACINTO DE CARVALHO, cujo o condutor era Jose Edgar Jacinto de Carvalho.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: Yamaha / Factor 46R 125 K

Ano: 2011

Placa: MUY 6290

Chassi: 9CBK6L520B0033127

Data do Acidente: 31/07/16

Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 03/08/16

5º OFÍCIO

Marina Lucineide Jacinto da Carvalho

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

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

(Sem reconhecimento de firma)

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) de Marina Lucineide Jacinto da Carvalho e Jose Edgar Jacinto de Carvalho referida e verdadeira. Juazeiro do Norte - CE

DATA: 03 AGR 2016 CPC

VALIDO SEMPRE

☐ Ben, Carlos Th...
☐ Belo, Danielle...
☐ Ana Paula da S...

MEM
SEGURADORA

30 AGO. 2016

DPVAT

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO Prontuário: 27492 Admissão: 31/07/2016
Data Nasc.: 09/10/1992 Idade: 23 ano(s) 9 mes(es) e 27 dia(s) Telefone: 88 988287004
Mãe: MARIA LUCINEIDE JACINTO DE CARVALHO
Sexo: Masculino RG: 2007029143240 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: JOSE GERALDO DA CRUZ
Endereço: RUA FRANCISCO LEANDRO DE SOUSA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: WONESKA RODRIGUES PINHEIRO Horário: 08:44
Queixa: pcte relata ter sofrido acidente motociclistico, apresenta dor toracica e em mse, relata tambem historia de inconsciencia
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: HISTORIA DE INCONSCIENCIA
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: 7 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM: 4366 Nº 334540 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS DO OMBRO E DO BRACO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DO MOTO SOFREDO TRAUMA NO TÓRAX E NO OMBRO ESQUERDO. AO EXAME DOR A MOBILIZAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO E NO GRADIL COSTAL DIREITO

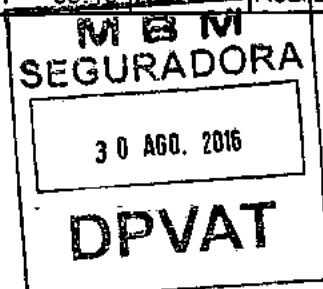
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
31/07/2016 08:44:00	TRAUMA MAIOR	HISTORIA DE INCONSCIENCIA	AMARELO	WONESKA RODRIGUES PINHEIRO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX ARCOS COSTAIS D AP/OBLIQUO (0204030072)	31/07/201 09:40	Não	Realizado
RX OMBRO E AXIAL (0204040116)	31/07/201 09:40	Não	Realizado
RX OMBRO E LATERAL/ ESCAPULAR (0204040116)	31/07/201 09:40	Não	Realizado

Dr. Fernando Neves P. da Luz
CRM: 4366
CPF: 217.144.874-15



EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
----------------------	-------------------------	------------------

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)



Atesto para os devidos fins
que José Edgar Jacinto de
Carvalho sofreu acidente de
moto no dia 31/07/2016 que
resultou em fratura no cla-
vículo esquerdo. Recebeu
tratamento (imobiliza-
ção) com alça definitiva,
podendo apresentar sequé-
la motora (limitação
de 70% do movimento
do ombro e braço esquerdos).

27/09/2016 -

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas
Médico
CREMEC - 6795

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil
Anexo Laboratório Vidanalise

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 8829.6724 / 9689.5332



A SEGURADORA LIDER DPVAT

Venho informar a esta seguradora que não tenho outros documentos médicos nem realizei outros exames complementares devido as dificuldades nos hospitais, e envio um laudo atual onde informa minha sequela devido ao acidente que sofri. Diante do exposto SOLICITO que seja dado continuidade e que sejam enviados para análise da Seguradora Líder este laudo bem como a documentação anteriormente enviada.

JUAZEIRO DO NORTE – CE, 26/09/2016

ATT.

Jose Edgar Jacinto de Carvalho
JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO

Sinistro: 3160/540095



NÚMERO 2007029143240 DATA 19/6/2007
 NOME JOSE EDBAR JACINTO DE CARVALHO
 FILIAÇÃO EDIVAL DE CARVALHO E MARIA LUIZ
 NEIDE JACINTO DE CARVALHO
 NATURALIDADE JUAZEIRO DO NORTE-CE DATA DE NASCIMENTO 1/10/1992
 SEXO MASCULINO CERT. NASC. 36573 L. 25 F
 S67 J DO NORTE CE
 CPF
 PORTALEZA CE
 DIRETOR
 LEONARDO DE SOUSA



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BAMBOSA DE SOUSA
 ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BAMBOSA DE SOUSA
 POLEGAR DIREITO
 JOSE EDBAR JACINTO DE CARVALHO
 19/06/2007

M B M
 SEGURADORA
 31 AGO. 2016
 DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **064.395.253-52**

Nome da Pessoa Física: **JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO**

Data de Nascimento: **09/10/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/09/2011**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:36:27** do dia **16/08/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **2335.C99E.FCD9.A78A**

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.

- Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160540095 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO **Data do acidente:** 31/07/2016 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO E TRAUMA DO BRACO ESQUERDO E TÓRAX A ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA SUBLUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MSE, LIMITAÇÃO PARA MOVIMENTO DE ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA E SEM REDUÇÃO DA LUXAÇÃO. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/11/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joaquim Freitas Diogo

CRM do médico: 8133

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 membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: José Edgar Jacinto de Carvalho, brasileiro(a), estado civil: solteiro
Profissão: Autônomo, portador(a) do RG 200702944324^o, órgão expedidor SSP
e do CPF: 064.395.253-5², residente no(a) Rua Flaviano José da Silva
nº 36, bairro: Limoeiro, município: Juazeiro do Norte.

OUTORGADO:

Nome: Cicera Marcia Vital Leite, brasileiro(a), estado civil: Casada
Profissão: Recuso Informar, portador(a) do RG Cnh:06188254640, órgão expedidor Detran-ce
e do CPF: 005.116.273-35, residente no(a) Rua Severino Cândido
nº 10, bairro: Pedrinhas, município: Juazeiro do Norte / Ce.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima José Edgar Jacinto de Carvalho
Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 12/08/16



José Edgar Jacinto de Carvalho
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



CPC
CARTÓRIO PADRE CÍCERO - 5º OFÍCIO
Rua do Calceiro, 432 - Centro - Juazeiro do Norte - CE - CEP: 63010-212 - Fone: (88) 3312-5233/3512-5718
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSÉ EDGAR JACINTO DE CARVALHO
JACINTO DE CARVALHO, DOU FÉ, Juazeiro do Norte - CE, 12/08/2016.

CARLOS THADEU DE QUEIROZ ROCHA
Cartório de Juazeiro do Norte - CE
ESTANTEVEMENTE AUTORIZADO

[EM:2.30][FE:0.15][SE:0.91][FA:0.11][SS:05][TT:3.52]
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE





Geradora Inicializadora de RMI



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 Edson Jacinto de Carvalho,
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2007029143940 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 19/06/07 E
 CPF 064395253-52 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Autônomo
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recuso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Edson Jacinto de Carvalho 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 do Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou **SEGURADORA**;
- 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 com o depósito comprovatório dos dados bancários);
- 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;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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 _____ 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) 3587-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 23558-2

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.

J. do Norte-CE 17 de agosto de 2016
 LOCAL E DATA

José Edson Jacinto de Carvalho
 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.

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

Emiçente:	FABIANO DE MOURA RIBEIRO
Conta origem:	0032 / 001 / 00005811-7 DU-4
Conta destino:	3587 / 013 / 00023558-2

Nome destinatário:	JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO
Valor:	

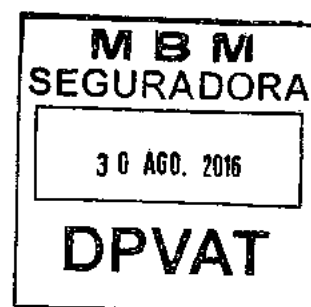
Data de débito:	26/08/2016
Data/hora da operação:	26/08/2016 10:33:04

Código da operação:	00080463
Chave de segurança:	1XWLJPMGA74KG4AU

Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente.

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



**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

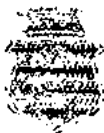
Nome do(a) Examinado(a): Jose Edgar Jacinto de Carvalho
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Flaviano José da Silva, 36
Limoeiro Juazeiro do Norte CE CEP: 63030-271
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2007029143240
Data local do exame: [05/11/2016] Juazeiro do Norte [CE]

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)
LUXACAO DO OMBRO ESQUERDO E TRAUMA DO BRACO ESQUERDO E TORAX A ESQUERDA, APRESENTA SUBLUXACAO DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUICAO DA FORCA DE SUSTENTACAO DO MSE, LIMITACAO PARA MOVIMENTO DE ROTACAO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO.
- 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.
APRESENTA SUBLUXACAO DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUICAO DA FORCA DE SUSTENTACAO DO MSE, LIMITACAO PARA MOVIMENTO DE ROTACAO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO.
Data da alta: OUT DE 2016
TRATAMENTO CONSERVADRO COM TIPOIA E SEM REDUCAO DA LUXACAO.
Complicações: NAO HA COMPLICACAO
- 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.
APRESENTA SUBLUXACAO DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUICAO DA FORCA DE SUSTENTACAO DO MSE, LIMITACAO PARA MOVIMENTO DE ROTACAO INTERNA DO OMBRO 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 (*).
- | | |
|---|--|
| <p>() “Vítima em tratamento”
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> <p>() “Exame não permite conclusão”
Vide motivo do impedimento no campo das observações</p> | <p>() “Sem sequela permanente”
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
Membro superior - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Médico - CRM 8133
CPF: 549.070.043-20



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



0001

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 12497 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 12/08/2016 10:09:46
Data / Hora da Ocorrência: 31/07/2016 06:30:00
Endereço da Ocorrência: RUA SEBASTIÃO MARIANO
Complemento:
Bairro: TIRADENTES Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSÉ EDGAR JACINTO DE CARVALHO
Nascimento: 09/10/1992 CPF: 064.395.253-52
RG: 2007029143240 Órgão Emissor: SSP
Filiação: LUCINEIDE JACINTO DE CARVALHO
EDIVAL DE CARVALHO
Endereço: RUA FLAVIANO JOSÉ DA SILVA, 36
Bairro: LIMOEIRO
Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
País: BRASIL

Telefone:

UF: CE
M E M
SEGURADORA

CEP: 30 AGO. 2016

DPVAT

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NUY6290 Uf: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi: BCGKE152082033127 Renavam: 306867680 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR125 K Ano Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2011 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: MARIA LUCINEIDE JACINTO DE CARVALHO Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

ADVERTIDO DAS PENAS COMINADAS NOS ARTIGOS 340 E 342, AMBOS DO CPB, RELATA O NOTICIANTE/VÍTIMA QUE NA DATA E LOCAL ACIMA-MENCIONADO CONDUZIA A MOTO YAMAHA DE PLACA NUY 6290 QUANDO PERDERA O CONTROLE DA MESMA AO PASSAR POR UM BANCO DE AREIA, COLIDINDO NA CERCA, INDO AO SOLO, ONDE SOFREU FRATURA NA CLAVICULA ESQUERDA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI, ONDE TEVE ATENDIMENTO MÉDICO, QUE NÃO POSSUI CNH, QUE A REFERIDA MOTO PERTENCE A SUA MÃE, QUE APRESENTA COPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: RG, CPF, CRLV, COMPROVANTE DE ENDEREÇO, FICHA DE ATENDIMENTO DO HRC - PRONTUÁRIO DE Nº 27492, E NADA MAIS DISSE.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO CRUZ LANDIM - MAT.: 106255-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSÉ EDGAR JACINTO DE CARVALHO

VISTO DO DELEGADO(A):

LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Jose Carlos Jacinto de Carvalho, portador da carteira de identidade nº 2007029143-240 e inscrito no CPF/MF sob o nº 064.395.253-52, residente e domiciliado na R. Flaviano Jose da Silva, 36 - Limoeiro, Cidade Juazeiro do Norte, 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
- (X) 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 Líder 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.

Jose Carlos Jacinto de Carvalho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte-CE 17/08/16

Local e data





Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2016

Carta nº: 9682266

A/C: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO

Sinistro: 3160540095 ASL-1045634/16
Vitima: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO
Data Acidente: 31/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

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 MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2016

Carta nº: 9687289

A/C: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO

Sinistro: 3160540095 ASL-1045634/16
Vitima: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO
Data Acidente: 31/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/07/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2016

Carta nº: 9906543

A/C: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO

Sinistro: 3160540095 ASL-1045634/16
Vítima: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO
Data Acidente: 31/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

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, 15 de Novembro de 2016

Carta nº: 10025937

A/C: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO

Sinistro: 3160540095 ASL-1045634/16
Vítima: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO
Data Acidente: 31/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

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 EDGAR JACINTO DE CARVALHO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003587

Conta: 0000023558-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

