



**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
Consorcios 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/Substabelecimento: 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: 00000023558-2

Nr. da Autenticação 50B763FA6BB20205

**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?

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?

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)?

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 (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

Membro superior - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

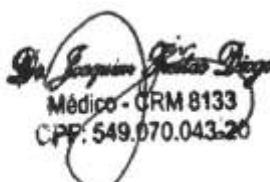
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

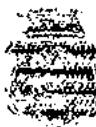
Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Médico - CRM 8133
CPP: 549.070.043-20



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 498 - 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: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO

Nascimento: 09/10/1992 CPF: 064.395.253-52

RG: 2007029143240 Orgão Emissor: SSP

Filiação: LUCINEIDE JACINTO DE CARVALHO
EDIVAL DE CARVALHO

Endereço: RUA FLAVIANO JOSE DA SILVA, 36

Bairro: LIMOEIRO

Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE

País: BRASIL

Telefone:

UNICO
M&M
SEGURADORA

CEP: 30 AGO. 2016

DPVAT

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NUY6290 Uf: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi:
EC6KE1520B90033127 Renavam: 309867680 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca /
Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR125 K Ano Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2011
Combustível: GÁSOLINA 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/VITIMA QUE NA DATA E LOCAL ACIMA
MENTIONADO 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 N° 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:

VISTO DO DELEGADO(A):

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Jose Edigar Facinto de Carvalho, portador da carteira de identidade nº 2007029143240 e inscrito no CPF/MF sob o nº 064.395.253-52, residente e domiciliado na R. Flávio 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 Edigar Facinto de Carvalho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte-CE 17/08/16

Local e data



FICHA DE ATENDIMENTO



nrt

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: pote relata ter sofrido acidente motociclistico, apresenta dor toracica e em mse, relata tambem historia de inconsciencia
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: HISTÓRIA 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	HISTÓRIA DE INCONSCIENCIA	AMARELO	WONESKA RODRIGUES PINHEIRO

comprovação do ato declaratório

EXAME

Name	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX ARCOS COSTAIS D AP/OBLIQUE (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-CE 4366
CREM/CE - 7812
CPF: 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 Edson Jacinto de Carvalho

RG nº 200702914324 data de expedição 19/06/07, Órgão SSP-CE,

CPF nº 064.395.253-52 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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. Flávio José 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, 17/09/16

Assinatura do Declarante: Jose Edson Jacinto de Carvalho



6234069-7

HISTÓRICO DE PAGAMENTO DE FATTURA - 2016	
PERÍODO	VALOR
181	109
182	146
183	129
184	130
185	121
186	98
187	85
188	73
189	24
190	38
191	39
192	34
193	34
194	34
195	34
196	34
197	34
198	34
199	34
200	34
201	34
202	34
203	34
204	34
205	34
206	34
207	34
208	34
209	34
210	34
211	34
212	34
213	34
214	34
215	34
216	34
217	34
218	34
219	34
220	34
221	34
222	34
223	34
224	34
225	34
226	34
227	34
228	34
229	34
230	34
231	34
232	34
233	34
234	34
235	34
236	34
237	34
238	34
239	34
240	34
241	34
242	34
243	34
244	34
245	34
246	34
247	34
248	34
249	34
250	34
251	34
252	34
253	34
254	34
255	34
256	34
257	34
258	34
259	34
260	34
261	34
262	34
263	34
264	34
265	34
266	34
267	34
268	34
269	34
270	34
271	34
272	34
273	34
274	34
275	34
276	34
277	34
278	34
279	34
280	34
281	34
282	34
283	34
284	34
285	34
286	34
287	34
288	34
289	34
290	34
291	34
292	34
293	34
294	34
295	34
296	34
297	34
298	34
299	34
300	34
301	34
302	34
303	34
304	34
305	34
306	34
307	34
308	34
309	34
310	34
311	34
312	34
313	34
314	34
315	34
316	34
317	34
318	34
319	34
320	34
321	34
322	34
323	34
324	34
325	34
326	34
327	34
328	34
329	34
330	34
331	34
332	34
333	34
334	34
335	34
336	34
337	34
338	34
339	34
340	34
341	34
342	34
343	34
344	34
345	34
346	34
347	34
348	34
349	34
350	34
351	34
352	34
353	34
354	34
355	34
356	34
357	34
358	34
359	34
360	34
361	34
362	34
363	34
364	34
365	34
366	34
367	34
368	34
369	34
370	34
371	34
372	34
373	34
374	34
375	34
376	34
377	34
378	34
379	34
380	34
381	34
382	34
383	34
384	34
385	34
386	34
387	34
388	34
389	34
390	34
391	34
392	34
393	34
394	34
395	34
396	34
397	34
398	34
399	34
400	34
401	34
402	34
403	34
404	34
405	34
406	34
407	34
408	34
409	34
410	34
411	34
412	34
413	34
414	34
415	34
416	34
417	34
418	34
419	34
420	34
421	34
422	34
423	34
424	34
425	34
426	34
427	34
428	34
429	34
430	34
431	34
432	34
433	34
434	34
435	34
436	34
437	34
438	34
439	34
440	34
441	34
442	34
443	34
444	34
445	34
446	34
447	34
448	34
449	34
450	34
451	34
452	34
453	34
454	34
455	34
456	34
457	34
458	34
459	34
460	34
461	34
462	34
463	34
464	34
465	34
466	34
467	34
468	34
469	34
470	34
471	34
472	34
473	34
474	34
475	34
476	34
477	34
478	34
479	34
480	34
481	34
482	34
483	34
484	34
485	34
486	34
487	34
488	34
489	34
490	34
491	34
492	34
493	34
494	34
495	34
496	34
497	34
498	34
499	34
500	34
501	34
502	34
503	34
504	34
505	34
506	34
507	34
508	34
509	34
510	34
511	34
512	34
513	34
514	34
515	34
516	34
517	34
518	34
519	34
520	34
521	34
522	34
523	34
524	34
525	34
526	34
527	34
528	34
529	34
530	34
531	34
532	34
533	34
534	34
535	34
536	34
537	34
538	34
539	34
540	34
541	34
542	34
543	34
544	34
545	34
546	34
547	34
548	34
549	34
550	34
551	34
552	34
553	34
554	34
555	34
556	34
557	34
558	34
559	34
560	34
561	34
562	34
563	34
564	34
565	34
566	34
567	34
568	34
569	34
570	34
571	34
572	34
573	34
574	34
575	34
576	34
577	34
578	34
579	34
580	34
581	34
582	34
583	34
584	34
585	34
586	34
587	34
588	34
589	34
590	34
591	34
592	34
593	34
594	34
595	34
596	34
597	34
598	34
599	34
600	34
601	34
602	34
603	34
604	34
605	34
606	34
607	34
608	34
609	34
610	34
611	34
612	34
613	34
614	34
615	34
616	34
617	34
618	34
619	34
620	34
621	34
622	34
623	34
624	34
625	34
626	34
627	34
628	34
629	34
630	34
631	34
632	34
633	34
634	34
635	34
636	34
637	34
638	34
639	34
640	34
641	34
642	34
643	34
644	34
645	34
646	34
647	34
648	34
649	34
650	34
651	34
652	34
653	34
654	34
655	34
656	34
657	34
658	34
659	34
660	34
661	34
662	34
663	34
664	34
665	34
666	34
667	34
668	34
669	34
670	34
671	34
672	34
673	34
674	34
675	34
676	34
677	34
678	34
679	34
680	34
681	34
682	34
683	34
684	34
685	34
686	34
687	34
688	34
689	34
690	34
691	34
692	34
693	34
694	34
695	34
696	34
697	34
698	34
699	34
700	34
701	34
702	34
703	34
704	34
705	34
706	34
707	34
708	34
709	34
710	34
711	34
712	34
713	34
714	34
715	34
716	34
717	34
718	34
719	34
720	34
721	34
722	34
723	34
724	34
725	34
726	34
727	34
728	34
729	34
730	34
731	34
732	34
733	34
734	34
735	34
736	34
737	34
738	34
739	34
740	34
741	34
742	34
743	34
744	34
745	34
746	34
747	34
748	34
749	34
750	34
751	34
752	34
753	34
754	34
755	34
756	34
757	34
758	34
759	34
760	34
761	34
762	34
763	34
764	34
765	34
766	34
767	34
768	34
769	34
770	34
771	34
772	34
773	34
774	34
775	34
776	34
777	34
778	34
779	34
780	34
781	34
782	34
783	34
784	34
785	34
786	34
787	34
788	34
789	34
790	34
791	34
792	34
793	34
794	34
795</	

M B M
SEGURADORA
30 AGO. 2016
DPVAT

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Jose Edson Jacinto de Carvalho

RG nº 200702914324 data de expedição 19/06/07, Órgão SSP-CE,

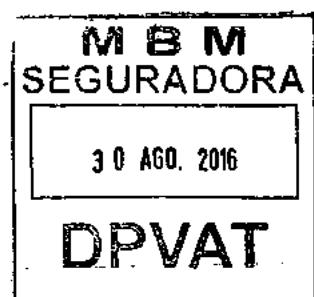
CPF nº 064.395.253-52 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Flávio José 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, 17/09/16

Assinatura do Declarante: Jose Edson Jacinto de Carvalho



6234069-7

HISTÓRICO DE PAGAMENTO DE FATTURA - 001											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11
Energia	39,47										
Transmissão	1,83										
Distribuição	1,47										
Encargos Setorial	5,93										
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	29,57										
TOTAL	76,98										
Comissão	1,44										
Emissário Fisco	0,00										
	47,11										

0,00

CONTAS EN ATRASO

AVISO DE DEBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos seu acréscimos festeis ate esta data, no valor de R\$ 165,80. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em ate 30 dias contados a partir da fatura vencida e não

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano: 04/2016 - Valor F.: 165,80

MBM
SEGURADORA
30 AGO. 2016
DPVAT



Autenticação do remetente

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 reseguro.

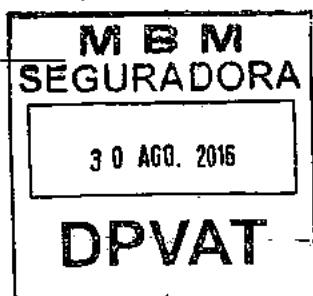
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

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 Edigar Falcão de Carvalho do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Jose Edigar Falcão 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





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Manoia Lucínia da Gracinto de Carvalho
RG nº 264725993, data de expedição 04/10/03,
Órgão SSP, portador do CPF nº 731.957.903-00, com
domicílio na cidade de Juazeiro do Norte, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Flaviano José da Silva, nº 336,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Engar Gracinto de CARVALHO, cujo o condutor era
Jose Edgar Gracinto de Carvalho.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: Yamaha Factor YBR 125 K
Ano: 2011
Placa: NUY 6290
Chassi: 9C8K6L520B0033L27
Data do Acidente: 31/07/16
Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 03/08/16

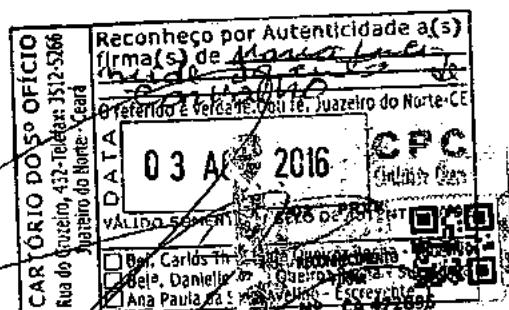
5º OFÍCIO

Manoia Lucínia da Gracinto de 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)



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PÁCIENTE/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 988287034
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: paciente relata ter sofrido acidente motociclistico, apresenta dor toracica e em mse, relata tambem historia de inconsciencia
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: HISTÓRIA 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

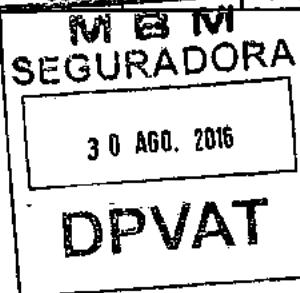
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX ARCOS COSTAIS D AP/OBLIQUE (0204030072)	31/07/2016 09:40	Não	Realizado
RX OMBRO E AXIAL (0204040116)	31/07/2016 09:40	Não	Realizado
RX OMBRO E LATERAL/ ESCAPULAR (0204040116)	31/07/2016 09:40	Não	Realizado

Dr. Fernando Neves P. da Luz
CRM/CE: 4366
CREM/CE: 2512
CPF: 227.144.874-15



EVOLUÇÃO

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

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta Observação Referência para: Óbito



Dr. Jofrânia Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

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



Atestei para os livros fios
que José Edson Taerito de
carvalho sofreu acidente de
moto no dia 31/07/2016 que
remeteu em profundo no cla-
vículo esquerdo. Recebeu
tratamento, immobiliza-
(CD) com elfo definitivo,
porém apresenta segu-
lo motor clínico
de 70% do movimento
do ombro e braço esquerdo.

27/09/2016 -

Dr. Jofrânia B. F. de Caldas
Médico
CREMEEC 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

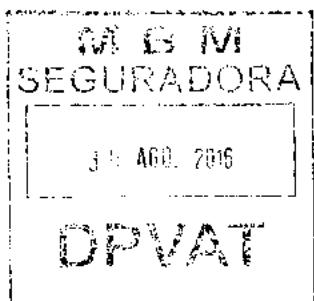
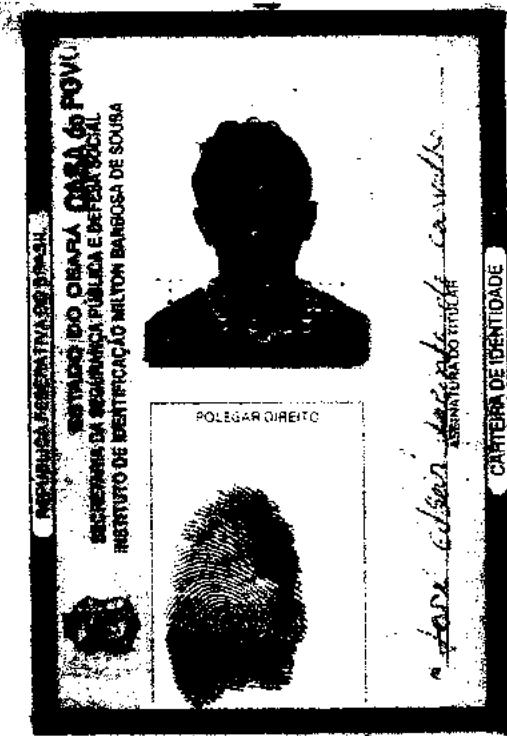
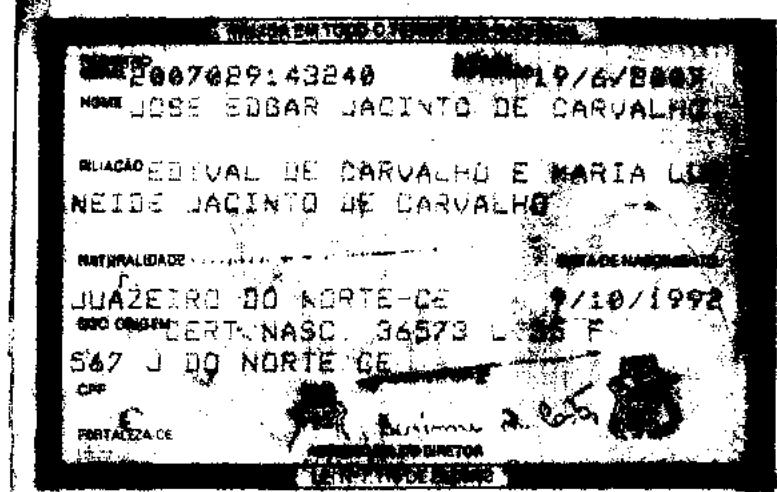
Venho informar a esta seguradora que não tenho outros documentos médicos nem realizei outros exames complementares devido as dificuldades nos hospitais, e envio um laudo atual onde informa minha sequela devido ao acidente que sofri. Diante do exposto SOLICITO que seja dado continuidade e que sejam enviados 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







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**

Dígito 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 **Data do acidente:** 31/07/2016 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS
CARVALHO

PARECER

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

Descrição do exame APRESENTA SUBLUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MSE,
médico pericial: 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: Joré Edgar Jacinto de Carvalho, brasileiro(a), estado civil: Solteiro
Profissão: Moto nome, portador(a) do RG 200702914324, órgão expedidor SSP
e do CPF: 064.395.253-5, residente no(a) Rua Flaviano Joré 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 Joré Edgar Jacinto de Carvalho
Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 12/08/16



Joré Edgar Jacinto de Carvalho

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

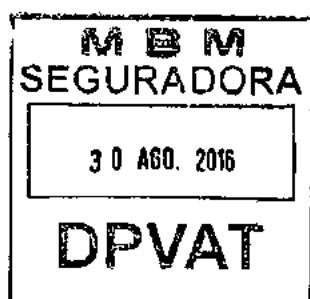


CARTÓRIO PADRE CÍCERO - 5º OFÍCIO
Rua do Ceará, 432 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-212 - Fone: (85) 3512-5235/3512-5768
CARLOS THADEU DE QUEIROZ ROCHA - TÍTULO / SÔNIA DE DEUS CARVALHO ROCHA / DANIELLE CARVALHO DE QUEIROZ ROCHA - REVISOR
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSÉ DE REZAR
JACINTO DE CARVALHO, DOU FÉ. Juazeiro do Norte
12/08/2016.

(Handwritten signature of Carlos Thadeu de Queiroz Rocha)

CARTÓRIO PADRE CÍCERO - 5º Ofício - Juazeiro do Norte
CARLOS THADEU DE QUEIROZ ROCHA - TÍTULO / SÔNIA DE DEUS CARVALHO GOMES
RECONHECIMENTO DE AUTENTICIDADE

[EM:2,30][FE:0,15][SE:0,91][FA:0,11][SS:0,05][TT:3,52]
VALIDO SOMENTE COM SÉLO DE AUTENTICIDADE





Gestão da Indenização da PMI



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 Edgair Jacinto de Carvalho

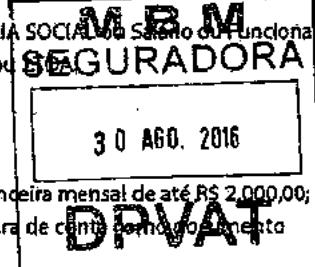
POR(DA) DO RG N° 12007029443240 EXPEDIDO POR S.S.P. CE EM 19/06/07 E
CPF 064395253-62 /CNPJ 00000000-0000-00. PROFISSÃO autônomo
E RENDA MENSAL DE R\$ Recurso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Edgair Jacinto de Carvalho. AUTORIZO 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 ou Salário da Função Pública;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPP;
- 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 Lotáticas 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 documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no 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 Nante de 17 de agosto de 2016 xx José Edgair Jacinto de Carvalho
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 médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

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

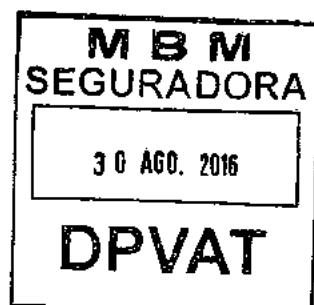
Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	FABIANO DE MOURA RIBEIRO
Conta origem:	0032 / 001 / 00005811-7 DU-4
Conta destino:	<u>3587 / 013 / 00023558-2</u>
Nome destinatário:	<u>JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO</u>
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?

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?

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)?

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 (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

Membro superior - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

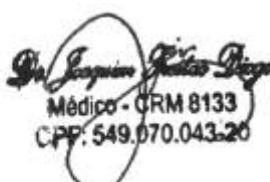
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Médico - CRM 8133
CPP: 549.070.043-20

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Jose Edigar Facinto de Carvalho, portador da carteira de identidade nº 2007029143240 e inscrito no CPF/MF sob o nº 064.395.253-52, residente e domiciliado na R. Flávio 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 Edigar Facinto 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 inicio 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,



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.

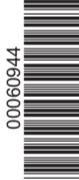
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 10025937

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.: 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

