

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: 11/08/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANILDO ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 000000010432-9

Nr. da Autenticação 377E546700091BA6

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160419097 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANILDO ALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 05/10/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Amputação traumática do 5º dedo do pé esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Apresenta amputação completa do 5º dedo do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento com cirúrgico com rafia da lesão, com uso de antibióticos, anti-inflamatórios, e analgésicos, refere que não fez fisioterapia.

Complicações: Teve amputação completa do 5º dedo do pé esquerdo.

Sequelas permanentes: PERDA ANATÔMICA TOTAL DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/08/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Mauro Ricardo Ramos Bilibio

CRM do médico: 4606

UF do CRM do médico: PI

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

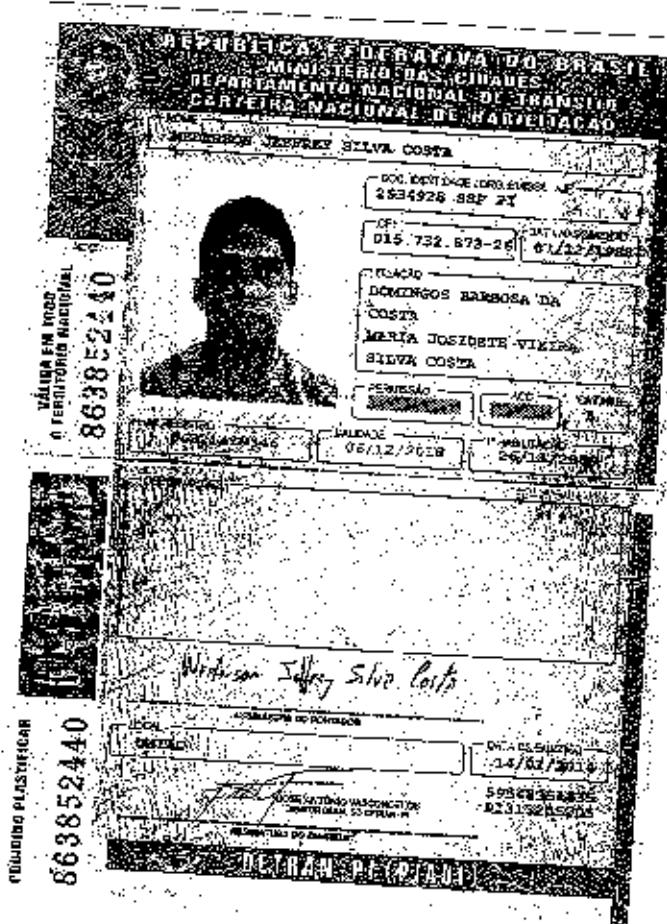
Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





VIACAP DPVAT

05.11.2016

PF: 120 X 80 - TRX° 36,52

NÚMERO DE REGISTRO

SERVIÇO RESPONSÁVEL

FICHA DE ATENDIMENTO

OLDADES DO PACIENTE

DATA: 05/10/15

HORA: 11:30

NOME:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

Data de Nascimento: IDADE:

SEXO:

N:

CEP:

TEL. CONTATO:

CEP:

64180

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

NASCIMENTO:

CNPJ:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP:

RUA/CEP:



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000499/2016-83

Unidade Policial: 20º DP - UNIÃO

Res. pelo Registro: Roberto Carlos Gomes Da Silva

Data/Hora: 12/04/2016 - 09:03

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20º DP - UNIÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

RUA 7 DE SETEMBRO, nº:

Complemento

Data/Hora

05/10/2015 - 10:00

Lugar de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENROLADOS

Nome: IVANILDO ALVES DE SOUSA

Res. pelo Envio.: VÍTIMA/Noticiante

RC: 2.315 200 SSP PI

Mãe: IRACI BORGES DE SOUSA

Pa.: RAIMUNDO ALVES DE SOUSA

Endereço: LOTEAMENTO TRANQUE 57, Q. 1800 - V.

Bairro: VILA NOVA CONQUISTA

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9596-9700

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1. Lesão corporal acidental no local

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE NO LOCAL, DATA E HORA INDICADO: PILOTAVA A MOTOCICLETA MARCA CG 125 TITAN FAN KS, PLACA ODZ-6272, CHASSIS 9C2JC4100CR508687 DE PROPRIETÁRIO DE ANTONIO FRANCISCO ALVES DE SOUSA, CPF 021.321.943-35, QUANDO PERDEU O CONTROLE E SOFRIU UMA QUEDA QUE PROVOCOU A AMPUTAÇÃO DE PARTE DO DEDO MÍNIMO DO SEU PÉ ESQUERDO.

Roberto Carlos Gomes Da Silva - N.º 1084658
AUXILIAR DE POLÍCIA

IVANILDO ALVES DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

ANA LUIZA MARQUES DOS REIS
Delegado de Polícia

VIACAP DPVAT

05 JUL 2016



PF: 120 X 80 → TRX°,

SERVIDOR RESPONSÁVEL		FICHA DE ATENDIMENTO	
Tec. Enferm. Jus		DATA	03/10/15
01. DADOS DO PACIENTE		HORA	
NOME: Ivanillo Alves de Souza		DATA DE NASCIMENTO	32
NOSSO DA MÃE: Rosângela Souza		IDADE	32
CNS: 839 - 0005-1289-0706		SEXO	M
ENDERECO: Loteamento São Bento - 03800-000		TEL. CONTATO	69730
BAIRRO:		CEP	
FORMA DE ENCAMINHAMENTO			
<input type="checkbox"/> DEMANDA ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> BOMBEIRO <input type="checkbox"/> OUTROS			
02. HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO			
Port. eff de bocejo c/ tine em 5º podendo f/ a Erad			

03. EXAMES COMPLEMENTARES

 LABORATORIAL

04. DIAGNÓSTICO

05. PRESCRIÇÃO MÉDICA

curativo fechado 60%
 13/10/15 STE
 - Cid

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 26/10/15

Assinatura

ANTONIA R. VIANA DA SILVA

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Motivo da procura	Trauma	Clinico	Pediatrica			
Acidente						
Demandas:	Espontânea	C. e Saúde	UPA	SAMU	Bombeiro	Outro
Sinais Vitais:	FC:	PA:	SAT O2:	T:	Dor:	ECG
Discriminante:	Glicemia: Fator Risco/Alergias:					
Observações:						
Prioridade:	Amarelo					
Horário:	Enfermeiro:					

06. CONDUTA

ALTA CUSTO REFERIDO PARA CONSULTA OUTRA UNIDADE CENTRO DE SAÚDE
 HORA DE SAÍDA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EMERGÊNCIA NÃO URGÊNCIA

T. Ivanillo Adsp. de Fazenda

VIACAP DPVAT

10/10/2016



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.

1. U. IVANILDO ALVES DE SOUSA

POR PORTADOR(A) DO RG Nº 2.315.200 EXPEDIDO POR SSP - PI EM 29/11/2016
 CPF 6.560.021.131-73 - CICL/CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Lavrador
 E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA IVANILDO ALVES DE SOUSA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT 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 consultar o cadastro de todos 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 PRFVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do 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 POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4228 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00010432-9

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.

VIACAP DPVAT

5.11.2016

SSP - PI, 25 de ABRI

LOCAL E DATA

ce 2016

Ivanildo Alves de Sousa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que se paga aos legítimos beneficiários, observado a 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.

CAIXA ECONOMICA
CAIXA AQUI

COMPROVAÇÃO DE ABERTURA
CONTA POUPANÇA FÁCIL

04/07/2016 11.13.56
CONVENIO 000328103
OPERADOR Joana

CONTA 4265 113 00010432-9
NOME IVANILDO ALVES DE SOUSA
CPF 666 021 373-00

VIACAP DPVAT

05 JUL 2016

**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): Ivanildo Alves de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Ave Uniao, S/N
Vila Conquista União PI CEP: 64120-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 2.315.200
Data local do exame: [05/08/2016] Teresina [PI]

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)

Amputação traumática do 5º dedo do pé esquerdo.

Apresenta amputação completa do 5º dedo do pé 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.

Evoluiu com amputação completa do 5º dedo do pé esquerdo.

Data da alta: Refere que já teve alta definitiva do tratamento médico.

Fez tratamento com cirúrgico com rafia da lesão, com uso de antibióticos, anti-inflamatórios, e analgésicos, refere que não fez fisioterapia.

Complicações: Teve amputação completa do 5º dedo do pé esquerdo.

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 amputação completa do 5º dedo do pé 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(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):

5º Dedo do Pé - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

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

Total = "100% da IS"

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

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

Mauro Ricardo R. Bilibio
Médico
CRM - PI 4606 / MA: 6373



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2016

Carta n°: 9545580

A/C: IVANILDO ALVES DE SOUSA

Sinistro: 3160419097 ASL-0957514/16
Vitima: IVANILDO ALVES DE SOUSA
Data Acidente: 05/10/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WEDERSON JEFFREY SILVA COSTA

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: IVANILDO ALVES DE SOUSA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000004288

Conta: 000000010432-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé
10%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

