

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:





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 011643920760
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	000 RENAVAM	PLATAC	EXERCÍCIO
1	00456236872		2016
NOME			
ANTONIO FRANCISCO ALVES DE SOUSA			

CPF / CNPJ	PLACA		
02132194335	QDZ-8272		
PLACA ANT. UE	CRASS		
	9C2JC4110CR503687		
ESPÉCIE / TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLO 2/TRANSMIA	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FMS	ANO MOD	
HONDA/CG 125 FAN KS	2012	1-12	
CNP / POT / CE	CATEGORIA	ODM PREDOMINANTE	
029/012400	ERTICO	PRETA	
COTA ÚNICA	VENIC / COTAS	VENIC / COTAS	
	1ª 11VA		
FAIXA / PVA	PARCELAMENTO / COTAS	2ª	
		3ª	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	100 (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO	PAGO		
OBSERVAÇÕES			
A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON			
DA			
UNIAO	LOCAL	DATA	
		19/02/2016	

PI Nº 011643920760 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2016	19/02/2016	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	02132194335	QDZ-8272
00456236872	HONDA/CG 125 FAN KS	
ANO FMS	ODM PRE	Nº CHASSI
2012	05	9C2JC4110CR503687
PRÊMIO TARIFÁRIO		
000,00	000,00	000,00
000,00	000,00	292,01
PAGAMENTO		DATA DE EMISSÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	19/02/2016

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04
www.seguradoralider.com.br

VIACAP DPVAT

05 JUL 2016

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

15.200 25.11.2008

RAIMUNDO ALVES FELTOS

RAIMUNDO BORGES FELTOS

09.ABR.1988

PI

Nascimento, 40.064.11.83.01-2

União. PI 19.04.88

PERITO DE POLÍCIA

LE 07/12/88

0012

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE BILIS MARTINIS

POLEGA DAVET

0012

RAIMUNDO ALVES FELTOS

Este documento é o comprovante de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF, emitido e registrado em nome do titular, cujo uso é permitido na legislação vigente.

CPF: 15.200

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 07/12/88

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

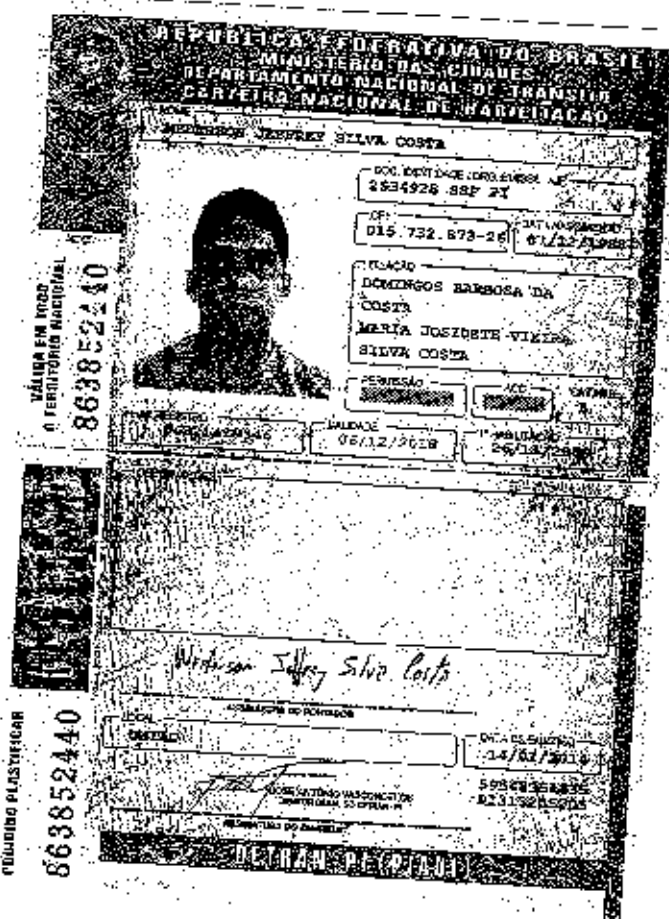
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: RAIMUNDO ALVES FELTOS

Data de Nascimento: 09/04/88

CPF: 15.200



© 5 Jul 2016

TRX-36.50

ANAMNESE / **EXAME FÍSICO**

Port et File de l'Alcool cote n
en 50 p. d'Alcool 4% Export

WASCRATIC

04. DIAGNÓSTICO

A dot on each of the 100
 MEDICA products 50 products by

05. PRESCRIÇÃO MÉDICA

corrective Calculus 1-5 to
- 200

ATLAS OF THE WORLD

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Motivo da procura: Acidente Travma Clinico Pediatrico

Demonstração: Importante C. e Saude UPA SAMU Sociedade Outro

Sinalis Visual: FC PA SAT O2 ET Cap ECG Enxerto

Distribuição: Fato: Risco/Alargado

Observações:

Prioridade: Alta Gravidade Ampliação

Horário: Emergência

06. CONDIÇÃO:

Alta Gravidade Referido para Referido para Outra Unidade Centro de Saúde

HORA DE SAÍDA: Atendimento de Emergência Não Urgência

9 Iboroko Stg. 40 Fenda

VIACAP DPV&T

05-10-2010



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000499/2016-83

Unidade Policial: 20ª DP - UNIÃO

Registro pelo Registro: Roberto Carlos Gomes Da Silva

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20ª DP - UNIÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

RLA 7 DE SETEMBRO, 14º

Complemento

Data/Hora

02/10/2015 - 10:00

Bairro

CEMILÃO

Local de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOJADOS

Nome: IVANILDO ALVES DE SOUSA

RG: 2.315.200 SSP PI

Mãe: IRACI BORGES FERREIRA

Pai: RAIMUNDO ALVES FERREIRA

Endereço: LOTEAMENTO TRANQUELA, 14ª OCEANO

Bairro: VILA NOVA CONQUISTA

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9586-9750

Tipo Envio: VÍTIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE NO LOCAL, DATA E HORA INDICADO: PILOTAVA A MOTOCICLETA MODELO CG 125 TITAN FAN KS, PLACA ODZ-6272, CHASSIS 9C2JC4100R508687 DE PROPRIEDADE 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 - RM 1084658
AGENTE DE POLÍCIA

IVANILDO ALVES DE SOUSA - Notificante
Responsável pela informação

ANA LUIZA MARQUES DOS REIS
Delegada de Polícia

VIACAP DPVAT

05 JUL 2016



HOSPITAL DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

PA: 120 X 80

TAX°



FICHA DE ATENDIMENTO			
SERVIDOR RESPONSÁVEL	DATA	HORA	
01. DADOS DO PACIENTE	05/10/15	11:50	
NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO
Nome da Mãe	09/04/83	32	M
CNS	RG	AS	TEL CONTATO
ENDERECO	2-315-500		
BAIRRO	CEP	64120	
FIRMA 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			
<p>Port e/ou de lesões cutâneas em 50% do dorso e membros</p>			

03. EXAMES COMPLEMENTARES
<input type="checkbox"/> LABORATORIAL
04. DIAGNÓSTICO
Acidose metabólica com
pH de 7,25 - A - metabólica
05. PRESCRIÇÃO MÉDICA

curativo
12:30 1-5te
2.00

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Motivo da procura:	Trauma	Clinico	Pediatria
Demanda:	Esponânea	C. e Saúde	UPA
Sinais Vitais:	FC:	PA:	SAT O2:
Discriminante:	T:	Cor:	ECG
Observações:	Fator Risco/Alergias:		
Prioridade	Amarelo		
Horário:	Enfermeiro:		

06. CONDUTA	REFERIDO PARA	OUTRA UNIDADE	CENTRO DE SAÚDE
HORA DE SAÍDA	ATENDIMENTO DE	EMERGÊNCIA	NÃO URGÊNCIA

T. I. V. 120 X 80

VIACAP DPVAT

03/10/2016

CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 06/10/15
MURILLO

ANTONIA R. VIANA DA SILVA



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.

U. IVANILDO ALVES DE SOUZA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.315.200 EXPEDIDO POR SSP - PE EM 29/11/2016

CPF 650.021.137-00 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO LAUREADO

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 SOUZA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 consultar o 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 aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem 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 POUPANÇA 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 do 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) 4288 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 JUL 2016

União - PE, 25 de ABRIL

de 2016

LOCAL E DATA

Ivanildo Alves de Souza

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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.dpvatsegurocultransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA
CAIXA AQUÍ

COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA POUPANÇA FÁCIL

04/07/2016
CONVENIO
OPERADOR

11.13.66
000328103
Cajara

CONTA 4285.213 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 Vitimas 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

5º Dedo do Pé - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa (X) 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 4506 / MA: 6373

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2016

Carta nº: 9545580

A/C: IVANILDO ALVES DE SOUSA

Sinistro: 3160419097 ASL-0957514/16
Vítima: 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

