

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: 01/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LEUD SOARES SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00056

CONTA: 000000186496-0

Nr. da Autenticação 808A54F55D3E983F

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160628122

Cidade: Arapiraca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE LEUD SOARES SILVA

Data do acidente: 13/08/2016

Seguradora: Tokio Marine Seguradora
S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO DE FACE COM FRATURA DE OSSO NASAL

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA DEU ENTRADA DEAMBULANDO, SEM AUXÍLIO, REFERE ALTERAÇÃO DO OLFATO E PALADAR (ANOSMIA E AGEUSIA), OBSTRUÇÃO RESPIRATÓRIA NASAL E VOZ ANASALADA, ALÉM DE SENSÇÃO DE ANESTESIA EM REGIÃO SUPRALABIAL INFERIOR AO NARIZ.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA SOFREU ACIDENTE DE MOTO EM 13/08/2016, FOI ATENDIDO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO AGRESTE, COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMATISMO DE FACE, COM FRATURA DE OSSO NASAL. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL GERAL SANATÓRIO EM 29/08/2016 POR CIRURGIÃ BUCOMAXILOFACIAL. REFERE ESTARD E ALTA MÉDICA. NEGA AVALIAÇÃO OTORRINOLARINGOLÓGICA.

Sequelas permanentes: Anosmia

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/10/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Juliana Dias Esteves

CRM do médico: 6200

UF do CRM do médico: AL

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

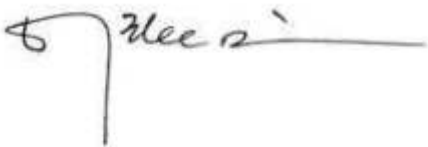
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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 LEUD SOARES SILVA** Sinistro: **3160628122** Data: **13/08/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua José Jaime Alves dos Santos, 193, QD. E - LOTE 23 - Canafístula - Arapiraca - AL - CEP 57302-175**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / AL**] **1345958**

Data local do exame: [**28/10/2016**] **Arapiraca** [**AL**]

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)
TRAUMATISMO DE FACE COM FRATURA DE OSSO NASAL. A VÍTIMA DEU ENTRADA DEAMBULANDO, SEM AUXÍLIO, REFERE ALTERAÇÃO DO OLFATO E PALADAR (ANOSMIA E AGEUSIA), OBSTRUÇÃO RESPIRATÓRIA NASAL E VOZ ANASALADA, ALÉM DE SENSÇÃO DE ANESTESIA EM REGIÃO SUPRALABIAL INFERIOR AO NARIZ.

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.
A VÍTIMA SOFREU ACIDENTE DE MOTO EM 13/08/2016, FOI ATENDIDO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO AGRESTE, COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMATISMO DE FACE, COM FRATURA DE OSSO NASAL. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL GERAL SANATÓRIO EM 29/08/2016 POR CIRURGIÁ BUCOMAXILOFACIAL. REFERE ESTARD E ALTA MÉDICA. NEGA AVALIAÇÃO OTORRINOLARINGOLÓGICA.

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.

Anosmia

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):
Dano neurológico

% do dano: (**X**) 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.


Dra. Juliana Dias Esteves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AL 6200

Juliana Dias Esteves - CRM: 6200 - AL

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2016

Carta nº: 9992105

A/C: JOSE LEUD SOARES SILVA

Sinistro: 3160628122 ASL-1107310/16
Vítima: JOSE LEUD SOARES SILVA
Data Acidente: 13/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALFREDO RUSYVEL RIBEIRO VERCELENS

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 LEUD SOARES SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000056

Conta: 00000186496-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autônoma 100%

Graduação: Em grau residual 10%

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



DOCUMENTO 6 *T696*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Jose Leud Soares Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.345.958 DATA DE EXPEDIÇÃO 17.08.1992

NOME Jose Leud Soares Silva

Aurelino da Silva

Maria Jose Soares Silva

Pão de Açúcar-Al. 11.10.1974
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Nasc. nº 1629, Liv. 2-A, fls. 108, Dist. de Monteirópolis-Al.

859 457 574 20

Carolina Soares Silva
ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

859 457 574 20

JOSE LEUD SOARES SILVA

11/10/1974

Jose Leud Soares Silva

INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 OUT. 2016

PROTOCOLO
AG. MACEIO - AL

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VITIMA: <i>Jose Lauro Soares Silva</i>	NUMERO DO SINISTRO:
--	---------------------

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: <i>18/8/16</i>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <i>18/8/16</i>
NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: <i>Haroldo Ferreira Junior</i>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <i>vitima de queda de moto resultando em fratura de ossos costais, torção total do tornozelo</i>	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): <i>US : 1 mês + avaliação neurológica posterior</i>	
EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	<i>Existe lesão permanente do aparelho</i>
2º	<i>articulação quadril, fratura e sequelas</i>
3º	<i>recorrentes, resultando com uso de</i>
4º	<i>analgesia</i>
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE <i>18/8/16</i> A <i>23/9/16</i> QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.		
<i>Haroldo</i>	<i>23/9/16</i>	<i>Dr. Haroldo Ferreira Junior</i> Médico CRM AL 51423 S: 1401528231423
LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL	DATA	<i>Jose Lauro Soares Silva</i> ASSINATURA DA VITIMA
-------	------	--



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAU
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DR. DANIEL HOULY
Rodovia AL 220 km 05 S/N, Senador Amon de Melo,
CEP: 57.315-745, Tel. (82) 3539-8634
Arapiraca-AL



RELATÓRIO MÉDICO

NOME PACIENTE: JOSÉ LEUD SOARES SILVA

ENDEREÇO: ARAPIRACA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO OU BOLETIM DE EMERGÊNCIA: 513331

DATA DE ENTRADA: 13/08/16

DATA DE SAÍDA: 13/08/16

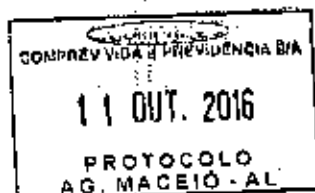
Paciente admitido nesta unidade hospitalar de trauma com história de acidente motociclistico.

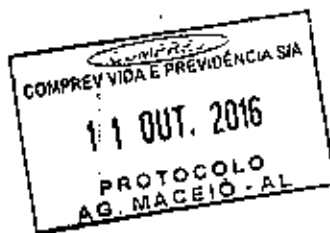
Após avaliação da equipe medica e realização exames, foi diagnosticado, trauma facial.

Após tratamento, recebeu alta com orientações.

Cristiano Marinho Vital

Cristiano Marinho Vital
CRM 43329 - C. Médica
25/08/16





218 BMF

RS/DATA: JUS

UNIDADE DE EMERGENCIA DO ASRESTE

No. DO RE: 313334

DATA: 13/03/2016

HORA: 11:32

SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E CUTURAS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: JOSE LUIZ SOARES SILVA
IDADE: 18 ANOS NAO: 00/00/0000
ENDEREÇO: RUA JOSE JAINE ALVES SANTOS
COMPLEMENTO: NT
MUNICIPIO: ARAPIRACA
NOME DA MÃE:
RESPONSÁVEL: GANU

DOC: VALDIR
SEXO: MASCULINO
NUMERO:

BAIRRO:
UF: AL CEP:

TEL:

LUGAR DE PROCEDENCIA: ARAPIRACA

MOTIVO DO ATENDIMENTO: COLISAO - CARRO COM MOTO

CAD. POLICIAL: NAO

PLANO DE SAUDE: NAO

TRAUMA: SIM

ACT. TRABALHO: NAO

VETO DE AMBULANCIA: SIM

PAT: 1

X

MAIS 1

PULSO: 1

2

TEMP.: 1

3

EXAMES COMPLEMENTARES:

1 2 RADIO X

1 2

SANGUE

1 2 URINA

1 2 TC

1 2 LIQUOR

1 2

ECG

1 2 ULTRASSONOGRAFIA

DADOS CLINICOS:

Paciente com história de queixo de moto. Negro, vítima de acidente, lesão medicamentosa. Queixo - so de dor em face, cabeça, membros superiores bilateralmente, pulso direito, caroto, F.C.: 84, Glasgow: 15, estíma e dor na região nasal. Apresenta dor em face a palpacoes, dor labial.

DIAGNOSTICO:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
UNIDADE DE EMERG. DR. DANIEL HENRIQUE
A vista do original apresentado.
AUTENTICO a presente copia, na
forma do Art. 5º do Decreto
nº 8393/79.
Arapiraca, 14 de março de 2016.

Avaliação da lesão

PRESCRICAO

Tenoxicam 20mg EV

Dipirona 1g EV

Alto de Emergência

1 S. 6 S. 1 / 1000 ml - 1475 ml EV

Mucos orviden

DATA DA SAÍDA: 13/03/2016

ALTA: 1 2 DECISAO MEDICA 1 2

HORA DA SAÍDA:

1 2 ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

1 2 A REVELIA

1 2 DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SECTOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

DEITO: 1 2 ATÉ 48HS 1 2 APÓS 48HS

1 2 FAMILIA

1 2

1 2 ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

MS/DATACUS

UNIDADE DE EMERGENCIA DO AGRESTE

Nº. DO HC: 513331

DATA: 13/08/2016

HORA: 11:32

SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS

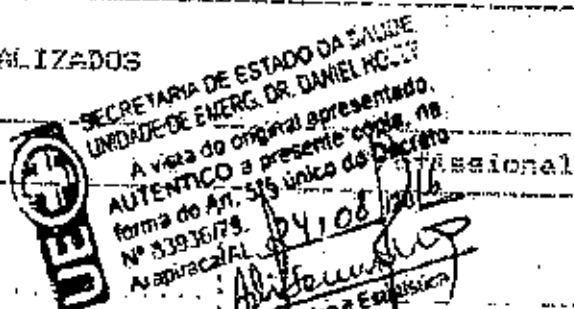
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: JOSE LEODE COARES SILVA

IDADE: 19 ANOS

SEXO: MASCULINO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS



13/08/16 CTBPF

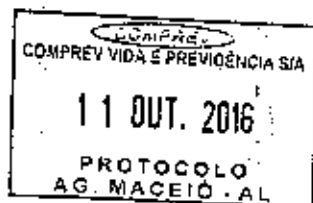
13:05

Paciente atômico de ~~aviso~~ motorizado, chega princípio, vômito, dor de mediana torácica. Relata um acidente com tábua. No momento, BCB, LOTE, expresse, ausculto, verbalizando ao exame físico oporante edema nasal, epistaxe, edema e lesão luto - contusa em lábio sup e inf.

CD En. físico + limpeza + Sutura + Torçao + moral sup. + em observação.

16.30

No momento paciente s/ sangramento moral atômico + orientação p/ PT. cirurgia eletiva + prevenção (Vitaminas) + Alta CTBPF. Sólido encaminhado da C. Genl.



ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

DECLARAÇÃO HOSPITALAR

Declaramos para os devidos fins que o Senhor (a) JOSE LEUD SOARES SILVA registro Nº. 4897717 esteve hospitalizado (a) nesta unidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no período de: 19/08/2016 a 20/08/2016 com o seguinte diagnóstico: CID 10:

CID: S022

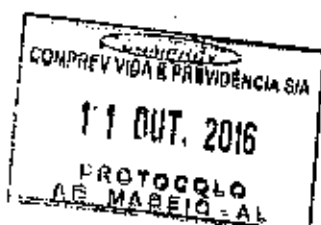
Procedimento Realizado: 0404020542 - REDUÇÃO DE FRATURA DOS OSSOS NASAL.
Sob os cuidados médicos do (a). Drª JOSIANE NASCIMENTO DOS SANTOS.

HOSPITAL GERAL SANATÓRIO
Andréa Fagundes
COORD. DE INTERNAÇÃO SUS
MAY 13 2016

[Assinatura]
Serviço de Internação (SUS)
HOSPITAL GERAL SANATÓRIO

Maceió- AL, 29 Agosto de 2016.

Rua Professor José da Silveira Camerino - nº. 1065- Farol
Maceió-AL- Tel: 4009-4405-4009-4525.



DOCUMENTO 7

- 77%

CONTRAN				DENATRAN			
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES				DETRAN - AL CERTIFICADO DE REGISTRO E CANCELAMENTO DE VEÍCULO			
01 00450097390		01 00450097390		01 00450097390		01 00450097390	
02 12104201470				02 12104201470			
03 PEQ3641 AL				03 PEQ3641 AL			
04 9C2KC16/0GPR476982				04 9C2KC16/0GPR476982			
05 SPAS/MOTOCICLO/NAO APPLIC ALCO/GASOL				05 SPAS/MOTOCICLO/NAO APPLIC ALCO/GASOL			
06 HONDA/CC-150-FAN-ESI				06 HONDA/CC-150-FAN-ESI			
07 2P/149CC				07 2P/149CC			
08 PAGO 1 EM				08 PAGO 1 EM			
09 286.75				09 286.75			
10 1.31				10 1.31			
11 292.01				11 292.01			
12 25/02/16				12 25/02/16			
13 2011				13 2011			
14 2012				14 2012			
15 2013				15 2013			
16 2014				16 2014			
17 2015				17 2015			
18 2016				18 2016			
19 2017				19 2017			
20 2018				20 2018			
21 2019				21 2019			
22 2020				22 2020			
23 2021				23 2021			
24 2022				24 2022			
25 2023				25 2023			
26 2024				26 2024			
27 2025				27 2025			
28 2026				28 2026			
29 2027				29 2027			
30 2028				30 2028			
31 2029				31 2029			
32 2030				32 2030			
33 2031				33 2031			
34 2032				34 2032			
35 2033				35 2033			
36 2034				36 2034			
37 2035				37 2035			
38 2036				38 2036			
39 2037				39 2037			
40 2038				40 2038			
41 2039				41 2039			
42 2040				42 2040			
43 2041				43 2041			
44 2042				44 2042			
45 2043				45 2043			
46 2044				46 2044			
47 2045				47 2045			
48 2046				48 2046			
49 2							

AL Nº 012383067620		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodetransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8
9	0	1	2
3	4	5	6
7	8	9	0
1	2	3	4
5	6	7	8

COMPANHIA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 OCT. 2016

PROTOCOLLO
AG. MACEFÒ - AL



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, Jose Lucio Soares Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1345.958 EXPEDIDO POR SSP - RJ EM 17 / 08 / 1992
 CPF 889457574-20 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recusou
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O mesmo. 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 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 assinatura colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira e o código de segurança.

colorido,
assinatura

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 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0056 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 186496-0

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.

Mapaoca RJ de Setembro de 2016

LOCAL E DATA

Jose Lucio Soares Silva
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

COMPREV, VIDA E PREVIDÊNCIA S/A



ATENÇÃO

11 OUT. 2016

- 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\$2.100,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

..... DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO
0040687 AP JOTA PINTO 2 11 18/09/2016
CAIXA
11:18:20 (Horário de Brasília)
.....2070

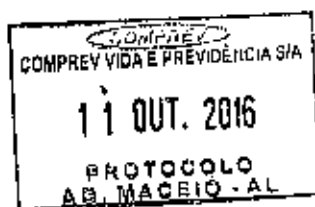
Saldo N. 93020001-4113

AGENCIA : 0056 - ARAPIRACA, AL
CONTA : 013 00186406-0
CLIENTE : JOSE LEUD SOARES SILVA

SALDO ATE A DATA DE:	18/09/2016
DISPONIVEL.....	8,01
BLOQUEADO.....	0,00
TOTAL.....	8,01

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.





ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA

DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NUMERO: 0555-P/16-0269

Pág.1/1

DELEGACIA: Del. Acidentes e Delitos de Trânsito 4ª DRP/DPJA2

FONE: 35216096

DATA/HORA COMUNICADO: 15/09/2016 10:11

DELEGACIA DESTINO: Del. Acidentes e Delitos de Trânsito 4ª DRP/DPJA2

FATO

NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO

INSTRUMENTO:

DATA/HORA: 13/08/2016 11:05

LOCAL DO FATO: AV GOV LAMENHA FILHO Jardim Tropical Arapiraca

DIA DA SEMANA: 6 PONTO DE REFERÊNCIA: PRÓXIMO A BOA TERRA

COR

1 BRANCO 4 PARDO
2 PRETO 5 SÁRARA
3 AMARELO 6 ALBINO

ESTADO CIVIL

1 SOLTEIRO 4 SEPARADO
2 CASADO 5 AMASIADO
3 VIÚVO

NACIONALIDADE

1 BRAS. NATO
2 BRAS. NATURALIZADO
3 ESTRANGEIRO

DIA DA SEMANA

1 SEG 4 QUI 7 DOM
2 TER 5 SEX
3 QUA 6 SAB

GRAU DE INSTRUÇÃO

1 ANALFABETO 4 NÍVEL MÉDIO
2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR
3 FUNDAMENTAL

NOME / RAZÃO SOCIAL: JOSE LEUD SOARES SILVA

RG: 1345958

SSP-AL

CPF: 85945757420

FILIAÇÃO: AURELINO DA SILVA

MARIA JOSE SOARES SILVA

PROFISSÃO: Outras

DATA DE NASCIMENTO: 11/10/1974

IDADE: 41

COR:

SEXO: M

UF: AL

NATURALIDADE: PAO DE AÇUCAR/AL

NACIONALIDADE: 1

ESTADO CIVIL: 2

GRAU INSTRUÇÃO: 3

TURISTA:

ENDEREÇO: RUA JOSE JAIME ALVES SANTOS

Nº: 193

BAIRRO: Canafistula

CIDADE: Arapiraca

FONE:

SE () PM () PF () PC () PRF () BM () GM ESPECIFICAR () EM SERVIÇO () FORA DE SERVIÇO () INATIVO

AFINIDADE VITIMA -> AUTOR:

OCORRÊNCIA RELACIONADA A:

Nº 0555-P/16-0269

AUTOR: DESCONHECIDO

VEICULO

VEICULO INSTRUMENTO

PLACA: PEQ3641

CHASSI: 9C2KC1670CR476882

MARCA/MODELO: HONDA

CG 150 FAN ESI

COR: PRET

ANO FABRICAÇÃO: 2011

ANO MODELO: 2012

HISTORICO

Advertido de que fazer comunicação falsa a Polícia é crime, sujeitando o(s) infrator(es) as penas previstas em lei, notícia a vítima que no dia, local e horário acima descrito, estava na garupa da motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, DE PLACA PEQ 3641, a qual era conduzida por seu filho Jose Leud Soares da Silva Junior (testemunha), momento no qual alega que um veículo, não sabe descrever a marca e o modelo, que estava na sua frente e faz uma brusca frenagem; Que para evitar uma colisão seu filho fez uma brusca manobra, porém perdeu o controle direcional da moto e colidiu em uma van que estava estacionada; Que na queda acabou se machucando, enquanto seu filho não teve ferimentos graves; Que depois de alguns minutos foi socorrido por uma ambulância da SAMU, Unidade Socorrista - USB 05, médica Drª Waldyane de acordo com prontuário de atendimento da SAMU, assinado pelo médico coordenador da SAMU LUCAS DE OLIVEIRA AMARAL, sendo encaminhado para a Unidade de Emergência do Agreste conforme o Boletim de Entrada nº 513331, emitido pela U.E. de Arapiraca, assinado pelos médicos FELIPE PERARO AZAMBUJA e CRISTIANO MARINHO VITAL, CRM 4388. Nada mais disse.

Ressalta-se que a motocicleta conduzida pela vítima está licenciada no Detran/AL, em nome Jose Leud Soares da Silva Junior.

DOCUMENTO 1 "T1%"



TESTEMUNHA

1 NOME: JESSICA DE OLIVEIRA LEITE

ENDEREÇO: RUA JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO 33 Itapoá Arapiraca AL

2 NOME: JOSE LEUD SOARES DA SILVA JUNIOR

ENDEREÇO: RUA JOSE JAIME ALVES DOS SANTOS 193 Canafistula Arapiraca AL

NOTICIANTE:

ASS:

ELABORADO POR: Karl Fagner Barbosa Lucio

ASS:

RG / MAT.: 3010449

AUTORIDADE: Cicero Torres Sobrinho

ASS:

karl fagner B. Lucio

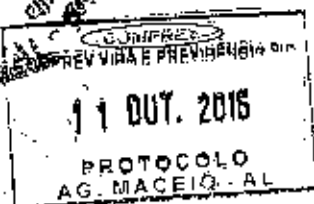
RG / MAT.: 298554

ESCRIVÃO AD-HOC: Karl Fagner Barbosa Lucio

ASS:

Agente de Polícia Civil

RG / MAT.: 3010449



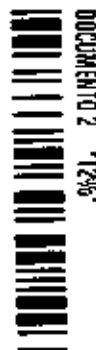
3º SERVIÇO NOTARIAL
Rua Estudante José de Oliveira Leite, nº 150
Arapiraca/AL - Fone/Fax (82) 3521-3224
AUTENTICAÇÃO
A cópia está Conforme Original. Dou Fé.

Arapiraca/AL 19 SET. 2016

Maria de Lourdes Melo - Tabela Pública
Cláudia Mª de Melo Lima - Subst.
Margarida de Macedo Fernandes - 2ª Subst.
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU REGIONAL ARAPIRACA
R. Silvestre Páris n. 1065 - Jardim Tropical - CEP: 57.616-000 - Arapiraca/AL
Fone: (82) 3530-0085 - CNPJ: 12.200.259/0001-65



Arapiraca, 26 de Agosto de 2016.

Conforme solicitado por José Leud Soares Silva, portador (a) de CPF nº 859.457.574-20 e Identidade nº 1345958, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192 Arapiraca certifica que efetivou o atendimento da ocorrência abaixo. Dados da Ocorrência:

- 1 - DIA: 13.8.16 às 11h5.
- 2 - LOCAL: Avenida Governador Lamenha Filho. Bairro Jardim Tropical. Arapiraca/AL.
- 3 - REFERÊNCIA: Próximo a Boa Terra.
- 4 - OCORRÊNCIA: Colisão moto x carro.
- 5 - VÍTIMA: José Leud Soares Silva.
- 6 - TRANSLADO: Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly.
- 7 - UNIDADE SOCORRISTA: USB - 05.
- 8 - MÉDICO(a) REGULADOR(a): Drª. Waldyjane.

Atenciosamente,


Lucas de Oliveira Amarel
Coord. Médico
Samu 192 - Regional Arapiraca

