



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2016

Carta nº: 9425152

A/C: WATSON CHARLLES MACEDO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3160438831 ASL-0894896/16
Vitima: WATSON CHARLLES MACEDO DO NASCIMENTO
Data Acidente: 11/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DA SILVA

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, 23 de Agosto de 2016

Carta n°: 9572828

A/C: WATSON CHARLLES MACEDO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3160438831 ASL-0894896/16
Vitima: WATSON CHARLLES MACEDO DO NASCIMENTO
Data Acidente: 11/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DA SILVA

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: WATSON CHARLLES MACEDO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000094-9

Conta: 000010047885-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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



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

Sinistro: **3160438831 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **WATSON CHARLLES MACEDO DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA NOSSA SENHORA APARECIDA nº 335 - MURITI - CRATO/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2002034045918 - SSP**

Data local do exame: **05/08/2016 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)

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

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 DIMINUIÇÃO DA FORÇA E DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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)

TORNOZELO DIREITO

10% 25% 50% 75% 100% 10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100% 10% 25% 50% 75% 100%

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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - JUAZEIRO DO NORTE, 05/08/2016

Médico Perito: RENAN DE ALMEIDA SILVA CRM: 12076


Dr. Renan Almeida
Médico
CREMEC 12076

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

2. 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, Watson Charles Moreto do Nascimento, PORTADOR(A) DO RG Nº 014-04793545052 EXPEDIDO POR Detnom-e EM 22/08/14 E CPF 00574063324 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Pc. de Veículos E RENDA MENSAL DE R\$ 985,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Watson Charles Moreto, 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 5.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta, sendo 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) _____

M.B.M.
SEGURADORA

25 MAIO 2016

DPVAT

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 00 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 00941-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 47385-7

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.

Caxias, dia 22 de Maio

de 2016 Watson Charles Moreto do Nascimento

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 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.





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Watson Charles Mocido do Nascimento
CNPJ: 01.799.354/0052, data de expedição 22/03/16, Órgão Petrônio Ce

CPF nº 005.770.683-26, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua N°A da Concordia</u>
Número	<u>335</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Muritiba</u>
Cidade	<u>Crato</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>633 80000</u>
Telefone de Contato	<u>(88)9.9727-0066 / (88)9.9456-0116</u>
E-mail	

Por ser verdade, firma-me.

Local e Data: Crato, 01, 22-03-16



Assinatura do Declarante: Watson Charles Mocido do Nascimento

Nº DO CLIENTE
6981634-4

coelce

Summary of results



05 110000 05 435636 - 0 08/01/2016
LUANA KAROLINE DE SOUZA BRUNO MACEDO
RU NSA DA CONCEICAO 06135
MURITI - CRATO - 63100000
435636 0000 0000
PI-RESIDENCIAL MONOFATICO BAIXA RENDA 0,00
036838893-60

08/10/15	08/10/15	08/10/15	08/10/15	08/10/15
VALOR CONSUMO DO MES				23,94
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL				7,65
PTS-COPFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA				1,17
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 0,35)				

VENCIMENTO 15/01/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 31,76

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (Kg/kWh)

Estimated average age at first marriage	Estimated average age at first birth	Estimated average age at first death
41.85	3.20	65.00
(1)	(2)	(3)

informações importantes e avisos de vencimento.

ESTADO DE SANTA CATARINA - **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** - **DEPARTAMENTO DE ACOGIDA E AVISOS CIVIS**

2017-2018 TEXAS STATE UNIVERSITY - SAN ANTONIO CATALOG

• [View all posts by **John Doe**](#) • [View all posts in **Category A**](#)

- 15 - 2017-07-20 10:55:10 AM

M B M
SEGURADORA

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

Boletim de Ocorrência

0001

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 1881 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: LESAO CORPORAL CULPOSA

Data / Hora da Comunicação: 09/03/2016 09:04:01

Data / Hora da Ocorrência : 11/02/2016 11:30:00

Endereço da Ocorrência: ESTR. MONTE ALVERNE/BRÉA

CRATO /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: WATSON CHARLES MACEDO DO NASCIMENTO

Nascimento : 06/03/1986

RG: 2002034045918 Órgão Emissor: SSPDC UF: CE - CPF:

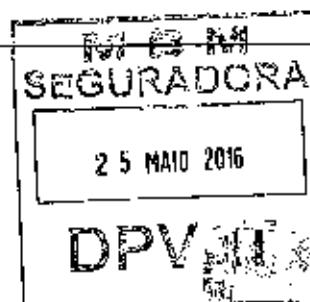
Filiação: FRANCISCO CARLOS DO NASCIMENTO
MARIA ERBENIA MACEDO DO NASCIMENTO

Endereço: R N. SRA. DA CONCEIÇÃO 335

MURITI

CRATO CE BRASIL

Telefone: 88993175084



CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO

ESTA CONFORME O ORIGINAL.
Confere e autentica de acordo com o Art. 7º da
Lei 8.935/94. DOU FE. CRATO-CE 11/03/2016

LEOPOLDO ANTONIO COELHO RODRIGUES - Analista
MARCELINO FARAS DE LIMA - Secretário
EULIDES BORGES DE ALMEIDA - Encarregado
MARIA LUCIADORA DE LIMA - Encarregada
INGRID TABAKARA FERREIRA LOPES - Encarregada
Data: 11/03/2016 - Local: CRATO-CE - Pernambuco - Brasil

Dados da(s) Veículo(s)

TIPO: MOTOCICLETA MARCA: HONDA/NXR150 BROS ES

PLACA: OCT1725 MUNICÍPIO / UF: CRATO / CE

MODELO/FABRICAÇÃO: 2011/2011 COR: PRETA

RENAVAM: 343901587 CHASSI: 9C2KD0550BR030978

SITUAÇÃO: NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: FRANCISCO CARLOS DO NASCIMENTO

ENVOLVIMENTO: COLISAO

Histórico

DIVERTIDO das penas previstas nos arts. 171, 299, 339 e 340, todos do CPR. DISSE QUE ENTENDEU BEM AS DIVERTÊNCIAS ACIMA DITAS; QUE ESTAVA GUILANDO A MOTO ACIMA DESCrita, QUANDO NUMA URVA SURGIU UM CAMINHÃO DE REPENTE E COLIDIRAM DE FRENTe; QUE O CAMINHÃO ERA F-000 DE COR VERMELHA E O MOTORISTA ERA GILBERTO QUE MORA NA V. BRÉA, E ESTE PAROU, MAS NÃO TINHA COMO SOCORRÉ-LO, CONTUDO FICOU NO LOCAL ATÉ CHEGADA DO SOCORRO; QUE UM MOTOQUEIRO QUE NÃO SABE O NOME PASSAVA NO LOCAL E SOCORREU O DECLARANTE À BRÉA E DE LÁ ENTROU EM CONTATO COM A EMPRESA ONDE TRABALHA E A PESSOA DE RUAN ILVÉRIO, SEU SUPERVISOR DA RIO NORTE DISTRIBUIDORA DE BEBIDAS, LHE LEVOU ATÉ O HOSP. R. RAIMUNDO, MAS DE LÁ RESOLVEU IR AO HOSP. DAS CLÍNICAS E FRATURA DO CARIRI, POIS NÃO INHA ATENDIMENTO ADEQUADO NO OUTRO NOSOCÓMIO; QUE NÃO HÁ OUTRAS TESTEMUNHAS DO FATO QUE POSSA APRESENTAR; QUE TEM QUE APRESENTA DOCUMENTAÇÃO QUE FICARÁ COSTADA À SEGUNDA VIA; QUE NÃO HÁ REPRESENTAÇÃO CRIMINAL, PORTANTO AQUI TERMINAM OS TRABALHOS DA POLÍCIA JUDICIÁRIA CIVIL ESTADUAL, FICANDO QUAISQUER OUTRAS INFORMAÇÕES, A QUEM INTERESSAR, A CARGO DA VÍTIMA OU DE SEU REPRESENTANTE LEGAL; QUE ASSO HAJA ALGUMA FRAUDE COMPROVADA SERÁ IMEDIATAMENTE ABERTO INQUÉRITO POLICIAL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Watson Charles Macedo do Nascimento

Pág. 1 de 2

Impresso em: 03/03/2016 10:30



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 1881 / 2016

PARA CABAL APURAÇÃO DOS FATOS. E nada mais disse, encerrando o termo que vai assinado PELO DECLARANTE e por mim, BEL PEDRO JORGE ALVES SILVA, ESCRIVÃO de Polícia Civil de 3^a Classe, matrícula nº. 133.991-1-5, que digitai, FAZENDO AUTOS CONCLUSOS AO DELEGADO TITULAR.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

PEDRO JORGE ALVES SILVA - MAT.: 133991-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *X/Walter Charles Mauro do Rosário*

VISTO DO DELEGADO(A):

GIULIANO VIEIRA SENA - MAT.: 198413-1-6

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL.

Conferi e autentico da acordo com o Art. 7º da
Lei 8.935/94. DOU FÉ.

CRATO-CE, 11/03/2016

- TEÓFILO ANTÔNIO GUELHO RODRIGUES - tabelião
 - MARCELINEU PARAS DE LAVOR - Escrivão
 - EUCLIDES BORGES DE ALMEIDA - Escrivão
 - MARIA LUCIVALDA DE LIMA - Escrivânia
 - INGRID IASKARA FERREIRA LOPES - Escrivânia
- Rua Thales Gonçalves 700 Centro - Crato-CE - CEP: 62301-000 - Fone: (85) 3221-1200



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

BOLETIM DE ADMISSÃO - AMBULATORIAL

Prontuário: 46156

Registro: 27059

Data/Hora: 11/02/2016 15:23

Paciente: WATSON CHARLES MACEDO DO NASCIMENTO

Mãe: MARIA ERNENIA MACEDO DO NASCIMENTO

Nasc: 06/03/1986

RG: 2002034045918 CPF:

Sexo: Masculino

Idade: 29 anos, 11 meses e 5

Endereço: R N SRA DA CONCEICAO Nº 335

Bairro: MURITI

Cidade: CRATO

UF: CE

Convênio: VIDA

Carteira:

Fone: 88998057020

Profissão: PROMOTOR DE VENDAS

Atendente: FATIMABESERRA

Médico Responsável: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

Tipo de Atendimento: 1ª CONSULTA

MOTIVO DO ATENDIMENTO (Quêxos, exames clínicos):

Bo farelo. Lipodermes d
 Lipodermes b m m r o n o
 Es m zel s o p i s o c u m d h i m n t
 11/02/2016 do Pernas m -
 Clínica Bonn Zelo

Diagnóstico:

Entress

M B M
SEGURADORA

25 MAIO 2016

DPVAT



Medicação:

AINE.

Procedimento:

T d l d s

() Agudo () Crônico () Tempo de Doença () Dias () Meses () Anos

Previsão de Alta: / /

Hora:

Curado ()

Transferido ()

Trat. Ambulatorial ()

Óbito: _____

Causa: _____

Data: / /

'Comprovação do Ato Secundatório'

Wiana, Kandyne

Paciente/Responsável

Médico Solicitante

Visita

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/08/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WATSON CHARLLES MACEDO DO NASCIMENTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00094-9

CONTA: 000010047885-9

Nr. da Autenticação 40B30FF63CE7E533

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

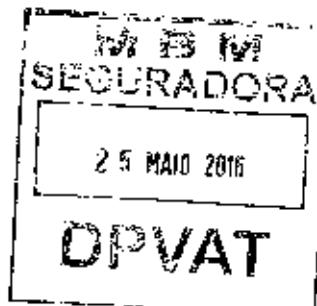
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDIMAR ALVES DA SILVA, portador(a) do RG nº CNH - 04478362669, expedido por DETRAN CE, em 26 / 11 / 2014, CPF/CNPJ nº 018.829.993-98, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Watson Charles Mocedo de Oliveira, do sinistro de DPVAT da natureza Invalido da vítima Watson Charles Mocedo de Oliveira conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ESTUDANTE Renda Mensal: R\$ 788,00

Documentos comprobatórios: CNH, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA - SEM COMPROVANTE DE PROFISSÃO E RENDA

Edimor Alves da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eduardo Francisco, Pdte. do Abamento

RG nº 349412-02 data de expedição 05/02/82

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 346.444.313-20, com
domicílio na cidade de CRAIO, no Estado de

R. Rainundo SIEBEL, nº 43, onde resido na Ceará (Rua/Avenida/Estrada)

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Watson Charles Mauro de Oliveira o condutor era Watson Charles Mauro de Oliveira

Veículo: Moto

Modelo: Honda /XR150 Broses

Ano: 2011

Placa: 0CT-1425

Chassi: BCJ K0050BR030218

Data do Acidente: 11.01.2018

Local e Data: Santo Antônio, ca. 11.03.38

A small logo for a credit card, featuring the words "Cartão de Crédito" in a stylized font.

Francisco Cordeiro de Noronha
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Within three days its now

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

(Sem reconhecimento de firma)



CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO

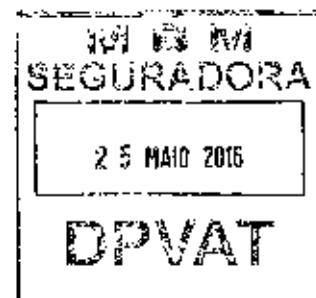
Reconhecido por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:

FERNANDEZ CARLOS DO SANTAMENTO

xxxxxxxxxxxxxxoxxxxxoooooxxxxxoooooooooooooxxxx

xxxxxxxxxxxxxx,xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx,xxxxxxxxxxxxxx

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
TEÓFILO QUINTÃO COELHO RODRIGUES - Presidente CRATO-CE, 11/03/2016
MARCELINO FARIA DE LAVOR - Vice-Prefeito
EULÍDEZ BORGES DE ALMEIDA - Secretário de Estado
MARCUS LUCAS VALDÉS DE LIMA - Secretário de Estado
INGRID IRACEMA FERRAZZA LOPES - Secretária
Rua Tristão Gonçalves, 290 Centro, Crato-CE - CEP: 63.400-100 Fone: 3521-6100





CLÍNICA SÃO JOSÉ, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTO



BOLETIM DE ADMISSÃO - AMBULATORIAL

Prontuário: 28785

Registro: 74057

Data/Hora: 01/03/2016 08:34

Paciente: WATSON CHARLES MACEDO DO NASCIMENTO

Mãe: MARIA ERBENIA MACEDO DO NASCIMENTO

Nasc: 06/03/1986

RG: 2002034045918

CPF: 005.770.683-26

Sexo: Masculino

Idade: 29 anos, 11 meses e

Endereço: NOSSA SENHORA DA

Nº 335

Bairro: MURITI

Cidade: CRATO

UF: CE

Convênio: PARTICULAR

Carteira:

Fone: 88998057020 - 0

Atendente: ELIANEARAUJO

Médico Responsável: 10049 FRANCISCO BRUNO CELIAO

Sinais Vitais

Hora	Pressão Arterial	Temperatura	P脉	F.Cardíaca	F.Resp

Consulta Referencia:

Agudo Crônico Tempo de Doença _____ (Dias Meses Anos)

Encaminhado Para:

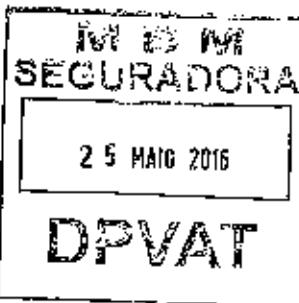
- Medicção Urgência C/Observação Diagnóstico
 Internamento Transferência
 Exames Óbito
 Outros _____

Francisco Bruno Celiao

Paciente/Responsável

Médico Solicitante

Francisco Bruno Celiao
Onopatia
CEP 63010-450
Crato/CE
TELEFONE 85 33212



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

BOLETIM DE ADMISSÃO - AMBULATORIAL

Prontuário: 46156

Registro: 27059

Data/Hora: 11/02/2016 15:23

Paciente: WATSON CHARLES MACEDO DO NASCIMENTO

Mãe: MARIA ERNENIA MACEDO DO NASCIMENTO

Nasc: 06/03/1986

RG: 2002034045918

CPF:

Sexo: Masculino

Idade: 29 anos, 11 meses e 5

Endereço: R N SRA DA CONCEICAO

Nº 335

Bairro: MURITI

Cidade: CRATO

UF: CE

Convênio: VIDA

Carteira:

Fone: 88998057020

Profissão: PROMOTOR DE VENDAS

Atendente: FATIMABESERRA

Médico Responsável: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

Tipo de Atendimento: 1^a CONSULTA

MOTIVO DO ATENDIMENTO (Quais, exames clínicos):

Bo fareste lidares g
 Deixa esse ferimento em
 Fortaleza, após o acidente de trânsito (SIC)
 Exame Solicitados:
 Clínica Correção

Diagnóstico:

Enfase



Medicação:

AINE

Procedimento:

Tela de ferida

() Agudo () Crônico () Tempo de Doença () Dias () Meses () Anos

Previsão de Alta: / /
 Curado ()
 Trat. Ambulatorial ()

*Hospital das Clínicas do Cariri
 Melhor Medicina e Cirurgia
 Consultas e Exames
 Endocrinologia e Diabetologia
 Radiologia e Tomografia
 Endoscopia
 Endocrinologia e Diabetologia*

Óbito: _____

Causa: _____

Hora: 14:15:15
 Transferido para: SEGURO-DIVISORIA

Data: / /

25 MAIO 2016

DPVAT

Juana, Karlyne

Paciente/Responsável

Médico Solicitante

✓
 Tala
 Cenai



CLÍNICA SÃO JOSÉ, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS

Atendimento: 74057

Data/Hora: 01/03/2016 10:56:34

Paciente: WATSON CHARLLES MACEDO DO NASCIMENTO

Carteira:

Convênio: PARTICULAR

Médico: FRANCISCO BRUNO CELIAO\10049

Evolução Médica

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - EVOLUÇÃO

dor + edema + limitação em tornozelo dir, apesar de transito há +- 20 dias "sic"
sem carga em mdc, uso de muletas, desde então

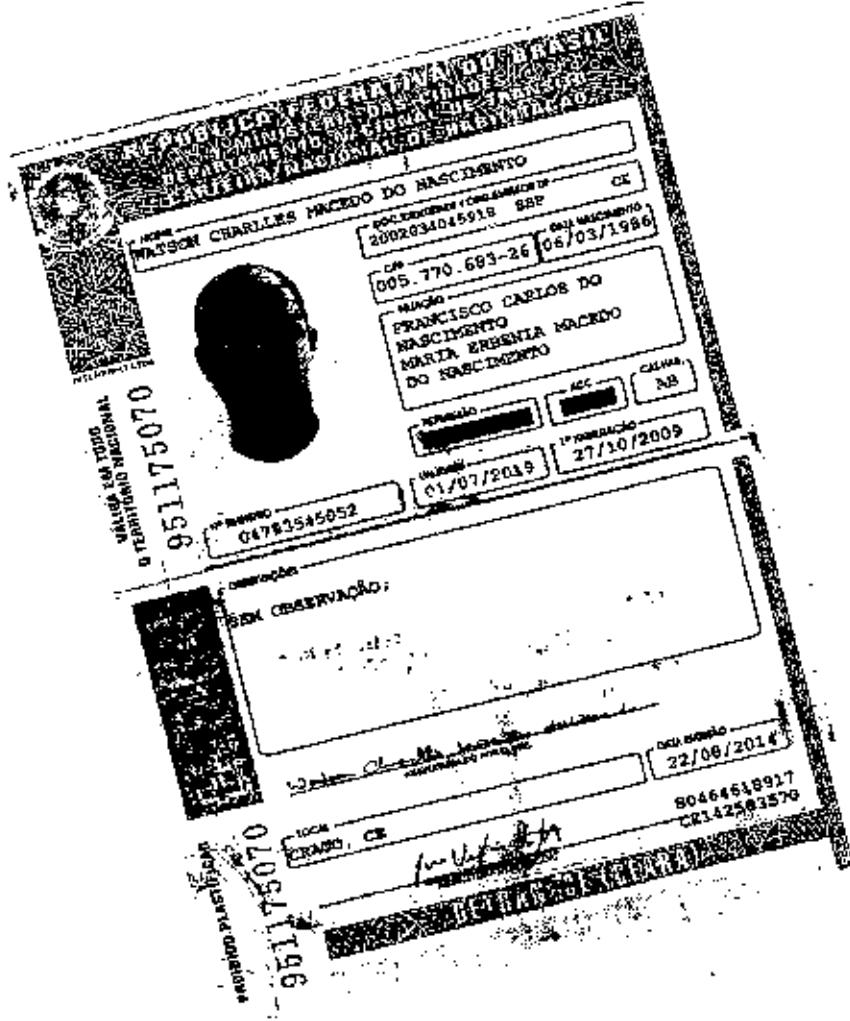
rx mostra fratura sem desvio de domo talar em aspecto lateral
rrm mostra fratura de talus e de m. lateral sem desvio

cd: imobilização + sem carga em mdc + orientações + retorno em 30 dias

FRANCISCO BRUNO CELIAO CRM-CE-2310049

Francisco Bruno Celiao
Ortopedia
TEC07 13.212
CRM-CE 10.049 / CRM/PE 10.020







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 005.770.683-26

Nome da Pessoa Física: WATSON CHARLES MACEDO DO NASCIMENTO

Data de Nascimento: 06/03/1986

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 16/06/2002

Dígito Verificador: 30

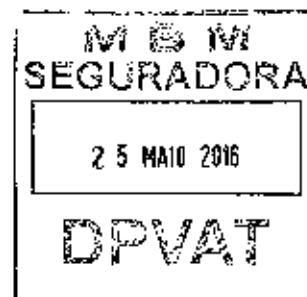
Comprovante emitido às: 08:40:20 do dia 22/03/2016 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: D196.0EF6.486A.1F81

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.

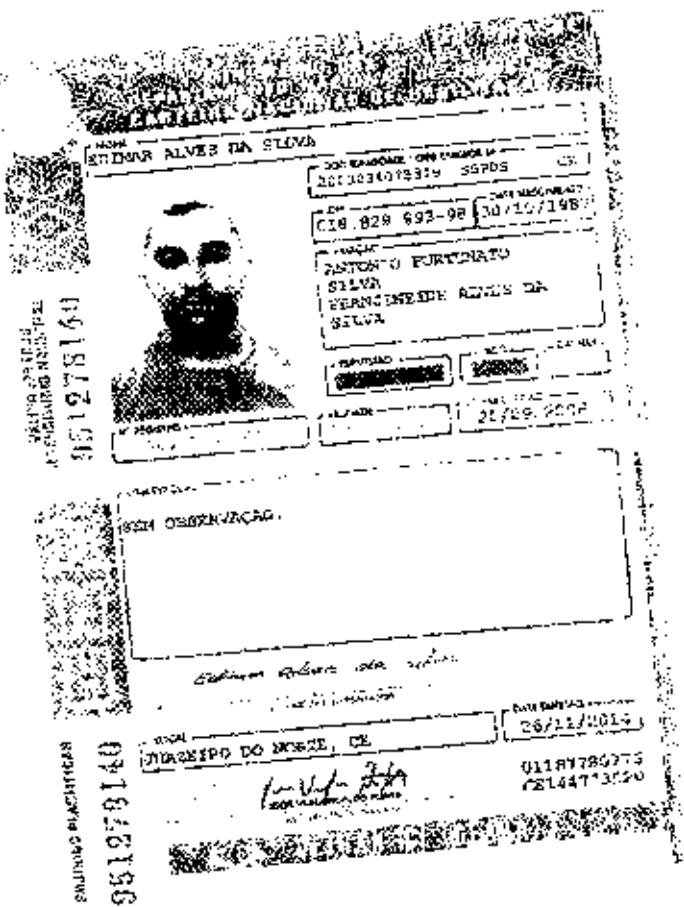
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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





■ — sombra de identidade



卷之三

031979140

PRÉ-ES-SE
SEGURADORA
25 MAIO 2016
DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 018.629.993-68

Nome da Pessoa Física: EDIMAR ALVES DA SILVA

Data de Nascimento: 30/10/1987

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 12/03/2004

Dígito Verificador: 00

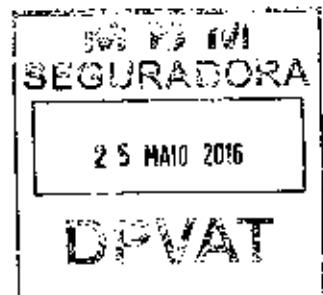
Comprovante emitido às: 09:36:43 do dia 22/03/2016 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: AB31.C19B.99CD.F05A

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 ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160438831 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WATSON CHARLES MACEDO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 11/02/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM MID

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(OUTORGADO)

OUTORGANTE:

Nome: Eduardo Alves da Silva, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: ESTUDANTE, portador(a) do RG _____, órgão expedidor SSP/CE
 e do CPF: 01837999398 residente no(a) Rua Padre Cícero
nº 212, bairro: BELA VISTA, município: CRATO / CE.

(OUTORGANTE)

OUTORGADO:

Nome: Watson Charles Macedo do Nascimento, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: Prom. de veículos, portador(a) do RG 01.03543052, órgão expedidor DT/CE
 e do CPF: 006.740.683-86 residente no(a) Rua N.S.A do Conceição
nº 335, bairro: Munici, município: Crato / 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 Watson Charles Macedo do Nascimento

Local e Data: Crato, CE, 11.03.16

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO

Reconhecido por AUTENTICIDADE(s) firma(s) de:

WATSON CHALES MACEDO DO NASCIMENTO

XXXXXXXXXXXXXXDDDDXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXDDDDXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXDDDDXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXDDDDXXXXXX

TEÓFILO ANTÔNIO COELHO RODRIGUES - Testem.

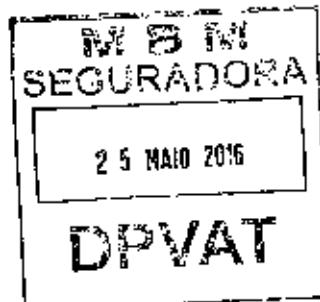
MARCEUINO FARIA DE LAVOR - Escrivano

HEULIDES BARBOSA DE ALMÉTTO - Escrivano

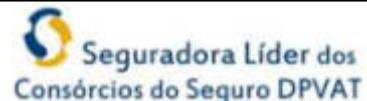
MARIA LUCIVALDA DE LIMA - Escrivano

JOSÉ WILKSON FERRARI DAOPH - Escrivano

Rua Trindade Góes número 300 Centro Crato/CE - CEP: 63.000-000 FAX: (85) 3222-1800



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160438831 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WATSON CHARLES MACEDO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 11/02/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FORÇA E DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO
médico pericial:

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/08/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: RENAN DE ALMEIDA SILVA

CRM do médico: 12076

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: