

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: 08/12/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000019155-8

Nr. da Autenticação C237F9443998304B

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3140026567**Cidade:** Teresina**Natureza:** Invalidez**Vítima:** WAGNER VENANCIO DE
ALCANTARA**Data do acidente:** 18/07/2014**Emissor do parecer:** Luiz de Lima
Casanova
Neto**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de
Saude Ltda.**CRM do médico:** 3760

PARECER

Diagnóstico: Trauma em pé d, com fratura fechada em 5 metatarso do pé d**Descrição do exame médico pericial:** Diminuição de tonus e força muscular em pé d - média, claudicação leve**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador em pé d, gesso por 48 dias com auxílio de muleta depois mais de 22 dias no gesso com salto, evolui com dor local com claudicação leve**Sequelas permanentes:** DANO MÉDIO EM MID**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 01/12/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** Glausto P. S. da C. e Silva**UF do CRM do médico:** MA

DANOS

Dano

Perda funcional completa de um dos membros inferiores

% Dimensão Graduação

70 1 50

Valor avaliado: 4.725,00

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5907617

A/C: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA

Sinistro: 3140026567
Vítima: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA
Data Acidente: 18/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000019155-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

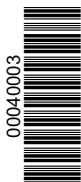
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



[illegible]

A black and white image of a Brazilian identification card (Carteira de Identidade) for João de Deus Martins. The card is issued by the Government of Piauí, Secretariat of Public Security, and the Institute of Identification. It features a silhouette of the person's head and shoulders, a fingerprint of the right thumb, and a signature. The card is framed by a thick black border with the text "REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL" on the left and "CARTEIRA DE IDENTIDADE" on the right.

ARUANA SEGUROS
17 NOV 2014



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 664.645.793-04 }

Nome da Pessoa Física: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA }

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **11:20:27** do dia **12/09/2014** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **BFDC.CC24.ACCA.54F5**

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.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2014

Carta nº: 5778661

A/C: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA

Sinistro: 3140026567
Vítima: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA
Data Acidente: 18/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

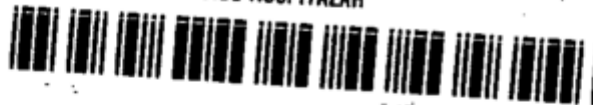
ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





6

SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE


NOI CLINICA SAO LUCAS cns: 898050025045131
 Cd.atend.: 209895 WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA
 ENI Data: 18/07/2014 14:07 Nasc.: 31/08/1979 39a
 Conv: S.U.S Medico: GERARDO VASCONCELOS
 BAI Proced: URGENCIA
 Enderec: RUA DELFINO VAZ 2496
 UF Bairro.: PRIMAVERA TERESINA PI
 Fone: 3214-2397 Cns: 898050025045131

DE ACIDENTADOS SÃO LUCAS LTDA.
 Paissandú, 2420 - Bairro Centro
 Tel: (0xx86) 3221-6600 / 3221-6601
 VPJ. (MF) 06.852.636/0001-48
 CEP 64.001-120 - Teresina-Piauí

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Trauma

DESCRIÇÃO DO EXAME

Do ve D

DIAGNÓSTICO:

Fract. base 5º metáf.

CID:

592.3

PROCEDIMENTO

Cortelet + Rx + gesso.

CÓDIGO:

03 03 000200

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Wagner Venancio de Alcantara

ESTE ATENDIMENTO É PAGO PELO SUS, É PROIBIDO

A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.

CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS

PRAÇA JOÃO LUIZ FERREIRA, 227 FONE: (0xx86) 3221-1440

Dr. Gerardo Vasconcelos de Mesquita

Ortopedista - Trauma e Amputa

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO**ARUANA SEGUROS**

17 NOV 2014

Clínica de Acidentados "São Lucas" Ltda.

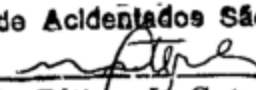
C. G. C.: nº 06.852.636/0001-48 RUA PAISSANDU 2420/CENTRO CEP 64001-120 – TERESINA/PI
TEL.: DIRETORIA (fax) 3221-7031/SECRETARIA – 3221-7031/CONSUTÓRIO – 3221-7053
TEL.: GERAL – 3221-6601/3221-6600/ E-mail: clinicasaolucas@ibest.com.br

DECLARAÇÃO

Declaramos que o Sr. **Wagner Venâncio de Alcântara**, foi atendido nesta Clínica pelo convênio SUS no dia 18 de Julho de 2014, sob a responsabilidade e cuidados profissionais do médico ortopedista e traumatologista Dr. Gerardo Vasconcelos, tendo sido realizado tratamento de fratura base 5º metatarso, CID S92-3.

Teresina, 09 de Setembro de 2014.

Clínica de Acidentados São Lucas



Maria Fátima L. Guterres
Secretária



Convênio: S.U.S

Solicitante: Dr(a). GERARDO VASCONCELOS

No. Atend: 209895 Data: 18/07/2014 usu: ARM

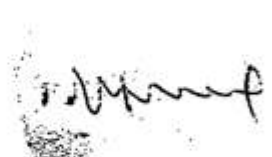
Pac.: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA

Exame: RX PE DIR (2 INC)

CONCLUSÃO:

FRATURA DA BASE DO V METATARSO

Emissão: 12/09/2014

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. M. M.', is located in the center of the page.



Dra. Oteneia Santos e Silva
Fisioterapeuta
Crefito: 114.700 – F
Email: oteneiasantos@hotmail.com
Fone: (86) 8835-1221
(86) 9983-3053

RELATÓRIO FISIOTERAPÊUTICO

Paciente Wagner Venâncio de Alcântara 35 anos, vítima de acidente motociclístico, apresentando fratura do 5º metatarso do pé D. Foi realizado tratamento conservador, sendo assim encaminhado posteriormente para a fisioterapia.

Atualmente paciente apresenta alta definitiva do tratamento fisioterapêutico com perda de 30% da função do 5º metatarso do pé D.

Teresina, 25 de outubro de 2014

Otaneia Santos e Silva
Otaneia Santos e Silva
Fisioterapeuta
CREFITO: 114.700-F



Fisioterapia Neurológica, Geriátrica, Respiratória, Traumato-ortopedia,
Distúrbios da ATM, Pilates e Hidroterapia.



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

OK

3140026567

138 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004892/2014-91

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Custodio Marx De Oliveira Barros

Delegado: SEBASTIÃO ALVES DE ALENCAR NETO

Data/Hora: 06/11/2014 - 10:21

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MAL CASTELO BRANCO, Nº:

Complemento

Bairro

PRIMAVERA

Ponto de Referência

PONTE DA PRIMAVERA

Data/Hora

18/07/2014 - 13:20

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA

RG: 19787961 SSP PI

Endereço: RUA DELFINO VAZ, Nº 2496

Bairro: PRIMAVERA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - YAMAHA. OUTROS

Condutor: JOSE ARIMATEIA COSTA JUNIOR

Cidade: TERESINA UF: PI Bairro:

Ano: Placa: Chassi:

QUE6080 9C6KE1950E0015250

Renavam:

588744425

Cor:

Vermelha

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE O COMUNICANTE ERA PASSAGEIRO DA MOTO ACIMA DE PROPRIEDADE MARCELO ALVES DA SILVA QUANDO UM VEICULO DE PLACAS NÃO IDENTIFICADAS ATÉ A PRESENTE DATA VETO INTERCEPTAR AVIA DE TRAFEGO DA MOTO ONDE NESTE INSTANTE O COMUNICANTE VEIO A CAIR DESSE VEÍCULO SAINDO LESIONADO E FORA SOCORRIDO POR TERCEIROS QUE O LEVARAM PARA A CLINICA SÃO LUCAS ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA NO 5º METATARSO. INFORMAÇÕES PRESTADAS E DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA COMUNICANTE.

Custodio Marx De Oliveira Barros - Mat. 1085620
AGENTE DE POLÍCIA

WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA - Notificante
Responsável pela Informação

Bel. James Guerra Júnior
Delegado Geral de Polícia
Civil do Estado do Piauí
Mat. 108.617-X





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 Wagner Venâncio de Alcantara
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.978.965 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 09/12/09 E
 CPF 664645793-04 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO Autônomo
 E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wagner Venâncio de Alcantara, 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

*1004039



SEGUROS

17 NOV 2014

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 0029 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 39.155-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL TERESINA - PI DATA 29 / 10 / 14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Wagner Venâncio de Alcantara

! 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.



AUTO-ATENDIMENTO - DIRCEU ARCOVERDE
DATA: 30/10/2014 HORA: 10:20:43
TERMINAL: 33891004 CONTROLE: 338910040090

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0029.013.00019155-8
NOME: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: ~~22000,00~~

NÚMERO DO ENVELOPE: 0319498433
NÚMERO DE CONTROLE: 303088296

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

