

# 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 - mídia, claudicação leve

**Resultados** Tratamento conservador em pé d, gesso por 48 dias com auxílio de muleta depois mais de 22 dias no gesso com terapêuticos: salto, evolui com dor local com claudicação leve

## **Sequelas DANO MÉDIO EM MID permanentes:**

### **Sequelas :** Com sequelas

**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 MA médico:

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	50

**Valor avaliado:** 4.725,00



Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2014

Carta n°: 5907617

A/C: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA

**Sinistro:** 3140026567  
**Vitima:** 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:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>4.725,00</b>

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

**Graduação: Em grau médio 50%**

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

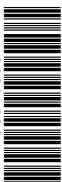
**Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00**

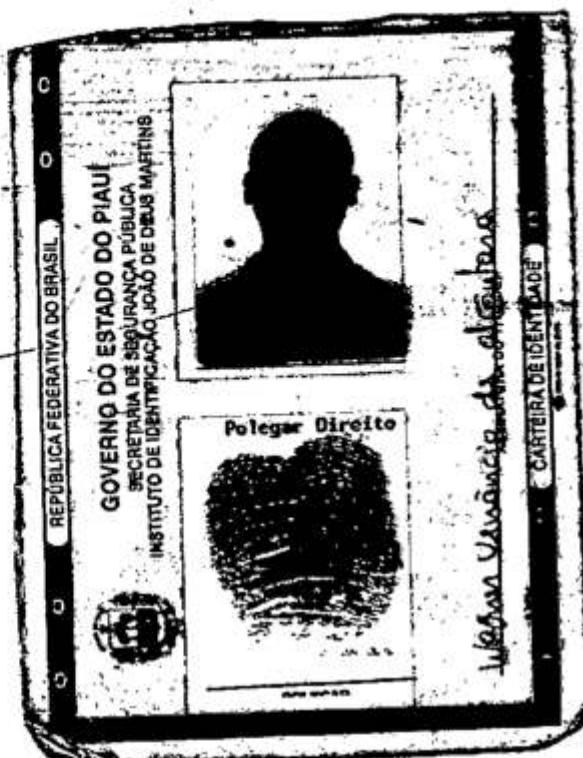
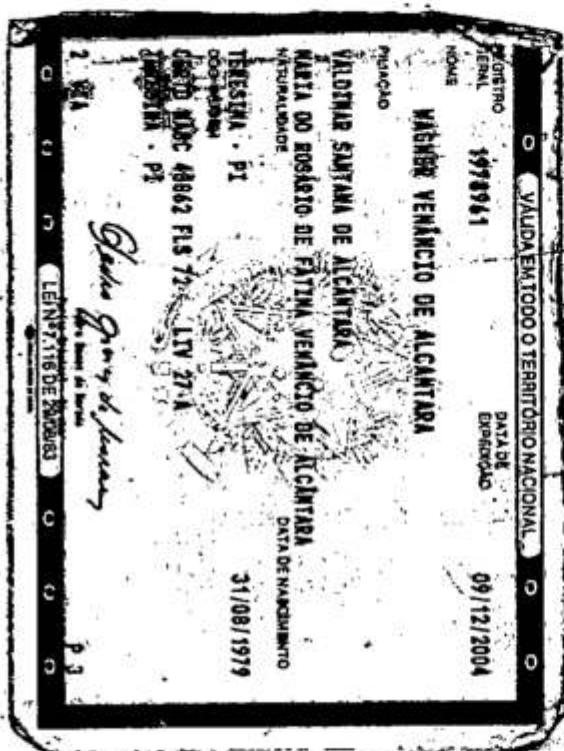
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**







**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 VENÂNCIO DE ALCÂNTARA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito 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.ACBA.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](http://www.receita.fazenda.gov.br).

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



12/9/2014 11:21

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.

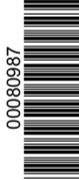
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**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!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE



NOI CLÍNICA SÃO LUCAS cns: 898050025045131  
Cd.atend.: 209895 WAGNER VENâNCIO DE ALCANTARA  
ENI Data: 18/07/2014 14:07 Nasc.: 31/08/1979 34a  
Conv: S.U.S Medico: GERARDO VASCONCELOS  
BAI Proced: URGENCIA  
UF Enderec: RUA DELFINO VAZ 2496  
Bairro.: PRIMAVERA TERESINA PI  
Fone: 3214-2392 CNE: 099050025045131

6  
DE ACIDENTADOS SÃO LUCAS LTDA  
Paissandú, 2420 - Bairro Centro  
(0xx86) 3221-6600 / 3221-6601  
NPJ. (MF) 06.852.636/0001-48  
EP 64.001-120 - Teresina-Pi

### MOTIVO DO ATENDIMENTO

*Frax*

### DESCRÍÇÃO DO EXAME

*Oral ve D*

#### DIAGNÓSTICO:

*Frat. ferre 5º muelé.*

CID:

*592-3*

#### PROCEDIMENTO

*Corrette + bx + gesso.*

CÓDIGO:

*03 03 030200*

#### ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

*Wagner Venâncio de Alencar*

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

Otorrinolaringologista

CRM 2210 - C.R.F. 2013

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

CRM 2210 - C.R.F. 2013

*ARUANA SEGUROS*

17 NOV 2014

# Clínica de Acidentados “São Lucas” Ltda.

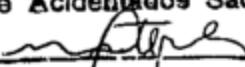
C. G. C.: nº 06.852.636/0001-48 RUA PAISSANDU 2420/CENTRO CEP 64001-120 – TERESINA/PI  
TEL.: DIRETORIA (fax) 3221-7031/SECRATARIA – 3221-7031/CONSUTÓRIO – 3221-7053  
TEL.: GERAL – 3221-6601/3221-6600/ E-mail: [clinicasaolucas@ibest.com.br](mailto:clinicasaolucas@ibest.com.br)

## 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



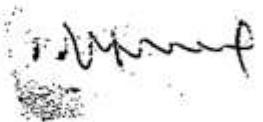
Convênio: S.U.S

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





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

Oteneia Santos e Silva  
Fisioterapeuta  
CREFITO: 114.700-F

ARUANA SEGUROS  
17 NOV 2014

---

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



3140026567



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004892/2014-91

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO p. 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/Noticiante  
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: Renavam: Cor:  
OUE6080 9C6KE1950E0015250 588744425 Vermelha

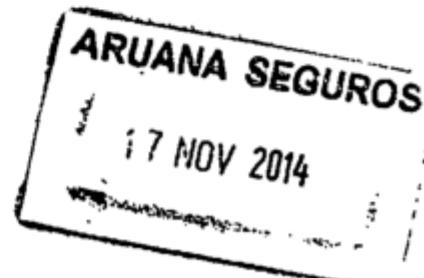
### RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE O COMUNICANTE ERA PASSAGEIRO DA MOTO ACIMA DE PROPRIEDADE MARCELO ALVES DA SILVA QUANDO UM VEÍCULO DE PLACAS NÃO IDENTIFICADAS ATÉ A PRESENTE DATA VEIO 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 - Noticiante  
Responsável pela Informação

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





## 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 N° 1.978.96, EXPEDIDO POR 55 PTPS, EM 09/12/09 E CPF 664645393-04 /CNPJ 0000000000000000, 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

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



-GURROS

17 NOV 2014

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](http://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 00-29 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 19.155-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, 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](http://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: 2000000

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](http://www.caixa.gov.br)

