

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2017

Carta nº: 10756000

A/C: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170177126 ASL-0119487/17
Vitima: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL
Data Acidente: 01/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOCELIO DA SILVA RODRIGUES

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2017

Carta nº: 10782242

A/C: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL

Sinistro: 3170177126 ASL-0119487/17
Vítima: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL
Data Acidente: 01/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOCELIO DA SILVA RODRIGUES

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.seguradoralider.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



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2017

Carta nº: 10861907

A/C: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL

Sinistro: 3170177126 ASL-0119487/17
Vítima: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL
Data Acidente: 01/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOCELIO DA SILVA RODRIGUES

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: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001157-6

Conta: 0000013147-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



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, Claudioimar Vieira do Amaral
 PORTADOR(A) DO RG Nº 03898256399 EXPEDIDO POR Petron - GE EM 25/09/2016
 CPF 8145326453-87 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO motorista
 E RENDA MENSAL DE R\$ 929,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Claudioimar Vieira do Amaral, 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 SPS 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAR 2017

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luís, 300 - Loja 147

ARACATUBA - SP

RECEITA FEDERAL

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 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1137-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13.147-8

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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.

Tramanda - RS, 15 de março de 2017 Claudioimar Vieira do Amaral
 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.

14/03/2017 - BANCO DO BRASIL S.A.
0115771886 AUTO-ATENDIMENTO 08.08.19

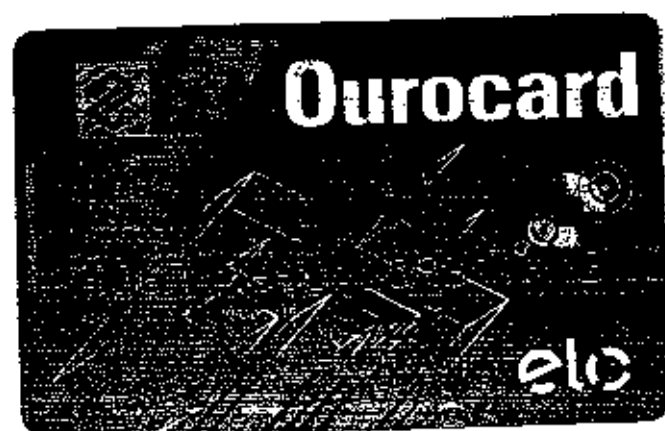
EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 1157-6 CONTA: 13.147-4
CLIENTE: CLAUDIOMAR VIEIRA AMARAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 MAR 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis. 300 - Loja 147
Aldesota - Fortaleza / CE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 MAR 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 141
Aldeota - Fortaleza / CE

**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): Claudiomar Vieira do Amaral
Endereço do(a) Examinado(a): St Paraiba, 13
Leste Tianguá CE CEP: 62320-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 96028102910
Data local do exame: [11/04/2017] Sobral [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)

LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITA, GRAU II. ASSIMETRIA ESCAPULAR, ATROFIA MUSCULAR DO MSD, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD, INSTABILIDADE ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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

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?

(☒) 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.

ATENDIDO NA EMERGÊNCIA, IMOBILIZADO E LIBERADO. O PACIENTE FEZ 12 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Data da alta: MARÇO DE 2017.

QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. ASSIMETRIA ESCAPULAR, ATROFIA MUSCULAR DO MSD, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD, INSTABILIDADE ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Complicações: SEM.

- 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.

DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MSD, PELA DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD, INSTABILIDADE E LIMITAÇÃO DO OMBRO DIREITO,

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):

MEMBRO SUPERIOR - Direito

% 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

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


SaúdeSEG André de Oliveira Leal
CRM 16566



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

219487/17



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 560 - 722 / 2017

Dados da Ocorrência

347458

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 22/02/2017 10:37:29
Data / Hora da Ocorrência: 01/02/2017 17:14:00
Endereço da Ocorrência: ESTRADA NA LOCALIDADE DE PINDARE
Complemento: ENTRE TIANGUA E VIÇOSA
Bairro: Município: VICOSA DO CEARÁ/CE
Ponto de Referência: PROX AO MOTEL

Noticiante(s)

Nome: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL
Nascimento: 29/10/1980 CPF: 845.326.453-87
CNH: 01898256394 Orgão Emissor: DETRAN UF:
Filiação: RITA VIEIRA DO AMARAL
JOAQUIM JOSE DO AMARAL
Endereço: SÍTIO PARAIBA
Bairro: SANTO ANTONIO CEP:
Município: TIANGUA/CE
País: BRASIL Telefone: (88) 99226-4744

Histórico

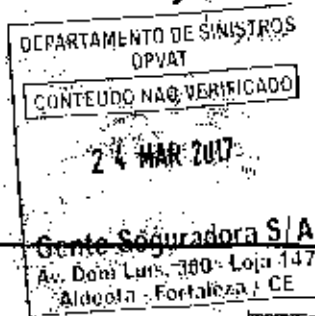
O noticiante vem a esta Delegacia informar que na data da ocorrência acima sofreu um acidente; Que estava no local acima mencionado, conduzindo sua bicicleta quando foi atingido por um veículo; Que colidiu ao chão e ficou sentindo asfixia; Que teve escoriações pelo corte e rompeu os ligamentos do ombro direito; Que não sabe identificar qual carro o atingiu, tendo em vista que, estava sentindo dores e passando muito mal na hora do ocorrido; Que o motorista do veículo fugiu do local sem prestar socorro; Que foi socorrido por um morador local e foi levado para o hospital São Camilo, em Tiangua-CE; Que vai precisar se submeter a procedimento cirúrgico; Que até a data do acidente encontra-se com o ombro e o braço direito imobilizado; Que em virtude do acidente encontra-se impedido de exercer suas funções no trabalho.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Thamara de Menezes Sinimbu
THAMARA DE MENESES SINIMBU - MAT.: 300900-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Claudio Mar Vieira do Amaral

VISTO DO DELEGADO(A): Vicente de Paulo Junior
VICENTE DE PAULO JUNIOR - MAT.: 126876-1-3



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Belaudionir Vilela do Amaral, portador da carteira de identidade nº 01898256399 e inscrito no CPF/MF sob o nº 84532645387, residente e domiciliado na Sítio Paraíba - Zona rural, Cidade Tiomaguiá, Estado Paraná, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Belaudionir Vilela do Amaral

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 MAR 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Atacota - Fortaleza - CE

Tiomaguiá - PE, 15/03/2017

Local e data

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170177126 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL **Data do acidente:** 01/02/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITA, GRAU II.

Descrição do exame médico pericial: ASSIMETRIA ESCAPULAR, ATROFIA MUSCULAR DO MSD, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD, INSTABILIDADE ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO.
SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/04/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





DADOS DO PACIENTE

Prontuário 005238	Atendimento 0032	Nome do Paciente CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL	CNS 126848374880001	Guia de Autorização
Documentação Identidade: 96028102910		Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 29/10/1980		Local TIANGUA/CE	Idade 38 Ano(s)	
Pai JOAQUIM AMARAL		Mãe RITA VIEIRA AMARAL		
Endereço RUA PRESIDENTE DUTRA, 500		Bairro CENTRO	Cep 62320-000	Município TIANGUA
Profissão CONDUTOR	Empresa SAO CAMILO	Cônjuge ELISANGELA FONTENELE SOUSA		
Responsável CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL	CPF do Responsável	Endereço RUA PRESIDENTE DUTRA, 500	Município TIANGUA	UF CE
		Telefone 88 9402207		

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/02/2017	Hora 17:14	Convênio SUS	Matrícula	CRD
Profissional do Atendimento MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS			CRM/UF 10269/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário AGDA KELVIA FERNANDES DE LIMA	
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
------	---------------------	----	-----	--

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
---------------	-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Roberto Luis
M. Tere Clavul @
no Dr. de Abaixo @

LAC II @

5/abril seguinte

4. tipo de
unidade

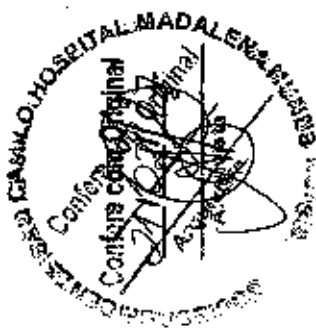
Demônio Consórcio Amada
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRANIOE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 MAR 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
- Aldeota - Fortaleza / CE



Marcio Leonardo Bastos Veras
CRM 10269

MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS - CRM: 10269

Elisangela J. Souza
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: CLAUDIOMAR VIEIRA C

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: 13/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01157-6

CONTA: 000000013147-4

Nr. da Autenticação BA3CD54016A0124F

Nº DO CLIENTE
4230359-1
Para efetivar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que falar com nossa central.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.
Companhia Energética de Ceará
Rua Pedro Vitorino, 180
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047201/0001-70 | CGF 06.105.848-3



GRUPO B | SÉRIE B-41 N° 461270716
Rota 07 31120 01 028700 - 4
Data da Emissão 12/01/2017
Nome CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL
End. Postal ST PARAIBA 00013
LESTE - TIANGUA - 62320000
Medidor 25055623
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA
RG/CPF/CNPJ 845326453-87
Nome do Responsável
Potência 0000 0000
Fator de Potência 0,00
CGF

Mês			Ano			Valor (R\$)		
Referência	Arquitetura	Provisão	Referência	Arquitetura	Provisão	Referência	Arquitetura	Provisão
Jan/2017	12/01/2017	09/02/2017	Jan/2016	12/01/2016	09/02/2016	15,30		
Base de Cálculo (R\$)			Alíquota			Valor do Imposto		
15070			DIE			21,25		
			RIC			2,00		
			DIME			0,35		
7472,0000,8582,0912,0908,0000,6809,5730								
Leit. Atual			Leit. Anterior			Consumo (kWh)		
6836			5947			889		
12/01/17			14/12/16			23,0100		



DEPARTAMENTO DE SINISTRO:
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
24 MAR 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 14
Arlândia - Fortaleza / CE

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438,
de 26 de abril de 2002.

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.106.846-3

coelce

Conta de Energia Elétrica - GRUPO A - 1ª SÉRIE - 2ª FASE

Rota 36 31123 03 013600 - 2 Data de Emissão 23/03/2016
Nome JOCELYO DA SILVA RODRIGUES
End. Postal AV JACQUES NUNES 00000
FRECHEIRAS - TIANGUA - 62320000
Medidor 1737038 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 040950823-22 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Provisão Próxima Letura	Veja a legenda ao verso desta conta
Ago/2016	23/08/2016	23/09/2016	Conjunta

ÍNDICE DE QUALIDADE DE FORNECIMENTO

Base de Cálculo (RS)	Atividade	Valor do Imposto	FIC			DMIC		
			Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
78,04	27,00%	19,72	18,58	55,77	42,00	0,00	0,00	
ARRE JERESERVADO CONTRA FIC			FIC	1,67	15,34	59,54	0,00	0,00
9745,33EN,ELER,ATPA,40PE,4460,2015,P300			DMIC	5,53			0,00	

INFORMAÇÕES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Cons. C	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Pac.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
5922	5815	1,08	107	0,00	107	0,0220	2,35
23-08-16	22-07-16		32,065		107		73,84

VALOR CONSUMO DO MÊS: 73,84
0,11



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, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

DPVAT
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAR 2017

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.

Peço exposto, eu João da Silva Rodrigues, portador(a) do

RG nº 2003028067508, expedido por SSP/PE, em

23/05/2001 CPF/CNPJ nº 040.859.823-22

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) claudio mar

Vieira do Amaral do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima claudio mar Vieira, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Estudante Renda Mensal: R\$ Sem renda

Documentos comprobatórios: Sem documentos

João da Silva Rodrigues
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 005238	Atendimento 0032	Nome do Paciente CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL	CNS 126648374880001	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 96028102910	Data de Nascimento 29/10/1980	Local TIANGUA/CE	Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Nome JOAQUIM AMARAL	Nome RITA VIEIRA AMARAL	CPF 82320-000	Município TIANGUA	UF CE
Endereço RUA PRESIDENTE DUTRA, 500	Bairro CENTRO	CEP 82320-000	Município TIANGUA	Telefone 88 940220
Profissão CONDUTOR	Empresa SAO CAMILO	Conjuge ELISANGELA FONTENELE SOUSA	UF CE	Telefone 88 940220
Responsável CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL	CPF do Responsável	Endereço RUA PRESIDENTE DUTRA, 500	Município TIANGUA	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/02/2017	Hora 17:14	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS	CRM/UF 10269/CE	Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário AGDA KELVIA FERNANDES DE LIMA	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saúde	() Alta	() Internação	() Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T(°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)	

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Poltrauma

Mt Trau Cervical D

no R de Abuso D

LAC II e D

s/ outras queixas

4 horas
minutos

Danilo Oliveira Amado
ORTOPEDIA E TRAUMA
SINCE 1998

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 MAR 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE



Assinatura do Responsável
MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS
CRM 10269

*

MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS - CRM: 10269

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: CLAUDIOMAR VIEIRA

Prontuário D05238	Atendimento 0034	Nome do Paciente CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL		CNS 126648374880001		Guia de Autorização	
Documento(s)		Identidade: 85028102910		Estado Civil Casado(a)		Sexo Masculino	
Data de Nascimento 29/10/1980		Local TIANGUA/CE		Idade 36 Ano(s)			
Pai JOAQUIM AMARAL		Mãe RITA VIEIRA AMARAL					
Endereço RUA PRESIDENTE DUTRA, 500		Bairro CENTRO	CEP 62320-000	Município TIANGUA	UF CE	Telefone 88 94022070	
Profissão DO LAR		Empresa	Cônjuge ELISANGELA FONTENELE SOUSA				
Responsável CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL		CPF do Responsável	Endereço RUA PRESIDENTE DUTRA, 500		Município TIANGUA	UF CE	

Data Atendimento 02/03/2017		Hora 07:51	Convênio SUS	Matrícula		Clb	
Profissional de Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA		CRM/UF 16408/SP		Tipo Atendimento RETORNO			
Indicador de Acidente		Funcionário CAROLINE LOPES SILVA					
Observação							
Sala		Data/Hora Liberação		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito			
Sinais Vitais		Peso (kg)		Altura (cm)		T(°C)	
		P (bpm)		R (bpm)		PA (mmHg)	

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Ambrw D

LAC II
s/ depreciação
s/ fr
d. AM
amth



Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16408

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16408

Cláudio Mar Vieira do Amaral
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: CLAUDIOMAR VIEIRA DO A

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO  SAOCAMILLO

Rua Assembleia de Deus, s/n - Centro - Tianguá/CE
CEP: 62.320-000 - Fone (88) 3671.2100

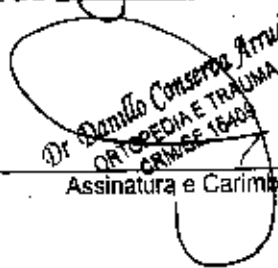
CNPJ: 80.975.737/0060-01 - www.saocamilotangua.org.br

ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE Chaves V. Manoel
está em tratamento de saúde e necessita 70
(setenta) dias de afastamento das suas
funções para recuperação.

Vem em tratamento desde _____
com diagnóstico (CID) S43.1

Tianguá-Ceará, 1 de Febrero de 20 14


Dr. Danilo Consórcio Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM 16404

Assinatura e Carimbo do Médico

NOTA:

Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R. G. P. S., aprovado pelo decreto Nº 60.501, de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01(um) a 15(quinze) dias de afastamento de trabalho.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 MAR 2017

Gento Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza - CE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2001000047500 DATA 25/3/2001

NOME JOCELIO DA SILVA RODRIGUES

PRENOME JOAO MANUEL RODRIGUES E LUZIA FRANCISCA DA SILVA RODRIGUES

NATURALIDADE TIANGUA-CE

CERT. NASC - 24148 L 14/10/1989

1001 OF. TIANGUA-CE

JOCELIO DA SILVA RODRIGUES

VALIDA SOMENTE EM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Nascimento 16/12/1989

JOCELIO DA SILVA RODRIGUES

Nome

040.959.823-22

Numero

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Ministério da Fazenda

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas



24 MAR 2017

Centro Seguradora S/A

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: CASADO	Profissão: MOTORISTA	Carteira de Identidade: 01898256394	
CPF nº: 84532645387	Residência: SITIO PARAIBA		
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: TIANGUA	Estado: CEARÁ	CEP: 62-340-000

OUTORGADO:

Nome: JOCELIO DA SILVA RODRIGUES		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: ESTUDANTE	Carteira de Identidade: 2001028067508	
CPF nº: 040.959.823-22	Residência: A.V PREFEITO JAQUES NUNES, S/N		
Bairro: FRECHEIRAS	Cidade: TIANGUA	Estado: CEARÁ	CEP: 62320-000

PODERES:

Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder, DPVAT e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

24 MAR 2017

Tiangua - CE, 15 de Março de 2017.

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lapa 14
Aldeota - Fortaleza / CE

Claudioimar Vieira do Amaral
OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



Reconheço como autêntica e verdadeira a...
firma(s) de *Claudioimar Vieira do Amaral*
Tianguá-CE, 15 MAR 2017

DRª MARIA LOPES NOGUEIRA - OFICIAL INTERINO
JOÃO BOSCO GASPAR - SUBSTITUTO
Ven.ª Torre da Rocha - Compromissada

João Bosco Gaspar
Escritor Substituto