

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2015

Carta nº: 7260991

A/C: ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA

Sinistro: 3150385673
Vítima: ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA
Data Acidente: 31/01/2015
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: ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA

Valor: R\$ 8.100,00

Banco: 237

Agência: 000000735-8

Conta: 000002227-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 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

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Multa: R\$ 0,00

Juros: R\$ 0,00

Total creditado: R\$ 8.100,00

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



Regularização de estorno de pagamento

Eu, ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA, portador do RG: 2003014015027, expedido por SSP/CE e CPF: 015.919.153-09. Minha conta estava bloqueada, fui ao banco e já foi regularizado. O Banco não emitiu uma declaração. Por isso venho através desta, solicitar a regularização do estorno de pagamento referente ao meu processo de invalidez. Estou enviando a conta que agora já esta apta para receber créditos, pois não há mas limite de bloqueio. Minha conta é CONTA CORRENTE DO BRADESCO. Agência: 0735 Conta Corrente: 2227-6. TITULAR: ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA. Estou enviando a autorização de pagamento, comprovante bancário, para que seja comprovado.

ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA

PEDRA BRANCA - CE, 16/06/2015

BCN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL
11:09 HRS
16/JUN/2016
AGENCIA 0736 CONTA 0002227-6
ANTONIO JANTO VIEIRA DE SOUSA

Dia & Noite

 Bradesco

8

Atenção

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Seguradora Líder - DPVAT

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Nº DO SINISTRO

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, Antônio Gomes da Silva, PORTADOR(A) DO RG Nº 3303905037 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 11/02/03 E CPF 000919950-09 CNPJ 00000000-00, PROFISSÃO Agricultor E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 () NA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / RÊMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio Gomes da Silva 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 do profissional 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
 • Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMÉRCIO ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
 • Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular.
 • Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal.
 • Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do Banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT.
 • Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples, autuada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
 • Conta bloqueada, inativa ou em proposta.
 • 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 SISEDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito.
 • Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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, informações movendo a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.
 Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT e responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).
 Os bancos BRADESCO, ITAU e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.
 Os bancos BRADESCO e ITAU têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatseguradordetransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS) Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 0735 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0223-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL) Nº da AGENCIA (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.

Antônio Gomes da Silva de 16 de junho de 2005 ANTONIO GOMES DA SILVA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO LOCAL E DATA

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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 médicas-hospitalares.
 - Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradordetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA** Sinistro: **3150385673** Data: **31/01/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DR HERMOGENES, 133 - CENTRO - Pedra Branca - CE - CEP 63630-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **200301140150-27**

Data local do exame: [**08/06/2015**] **Boa Viagem** [**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)
TRAUMATISMO CRANIOFACIAL COM AFUNDAMENTO FRONTAL. LACERAÇÕES MÚLTIPLAS NA MÃO ESQUERDA COM LESÃO DE TENDÕES E TRAUMA PÉLVICO. VÍTIMA COM QUEIXAS DE CEFALÉIA CRÔNICA E VERTIGENS. DOR EDEMA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

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

SUBMETIDA A TRATAMENTO NEUROCLÍNICO INTERNADO, LIMPEZA CIRÚRGICA, SUTURA E IMOBILIZAÇÃO NA MÃO, NÃO FEZ SESSÕES DE FISIOTERAPIA, LIBERADA COM DANO NEUROLÓGICO LEVE E DANO FUNCIONAL NA MÃO

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DANO NEUROLÓGICO LEVE. PERDA FUNCIONAL NA MÃO ESQUERDA

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

() "Sem sequela permanente" (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):

DANO NEUROLÓGICO LEVE

% do dano: () 10% residual (**X**) 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):

MÃO ESQUERDA

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 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.


Casemiro Dutra de Medeiros Junior
CRM: 6818 - CE
MÉDICO



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, Antonio Jairo Vieira de Sousa,
PORTADOR(A) DO RG Nº 2003014015027 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 11/02/2003 E
CPF 015919153-09 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Agente de Trânsito
E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Jairo Vieira de Sousa, 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- 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;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0935-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 2227-6

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.

Pedra Branca/CE 30 de março de 2015 LOCAL E DATA
ANTONIO JAIR VIEIRA DE SOUSA 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.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150385673 **Cidade:** Pedra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 31/01/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TCE/TRAUMA PELVICO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PERICIA PARA MELHOR AVALIAÇÃO

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

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JULIANA WANIS

CRM do médico: 52.88043-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





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, Antonio Jairo Vieira de Sousa,
PORTADOR(A) DO RG Nº 2003014015027 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 11/02/2003 E
CPF 015919153-09 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Agente de Trânsito
E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Jairo Vieira de Sousa, 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- 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;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0935-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 2227-6

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.



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.

Pedra Branca/CE 30 de março de 2015 LOCAL E DATA ANTONIO JAIR VIEIRA DE SOUSA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150385673 **Cidade:** Pedra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 31/01/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL COM AFUNDAMENTO FRONTAL. LACERAÇÕES MÚLTIPLAS NA MÃO ESQUERDA COM LESÃO DE TENDÕES E TRAUMA PÉLVICO.

Descrição do exame médico pericial: VITIMA COM QUEIXAS DE CEFALÉIA CRONICA E VERTIGENS. DOR EDEMA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO NEUROCLINICO INTERNADO, LIMPEZA CIRÚRGICA, SUTURA E IMOBILIZAÇÃO NA MÃO, NÃO FEZ SESSÕES DE FISIOTERAPIA, LIBERADA COM DANO NEUROLÓGICO LEVE E DANO FUNCIONAL NA MÃO

Sequelas permanentes: DANO NEUROLÓGICO LEVE. PERDA FUNCIONAL NA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/06/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junio

CRM do médico: 6818

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			60 %	R\$ 8.100,00

PRESTADOR

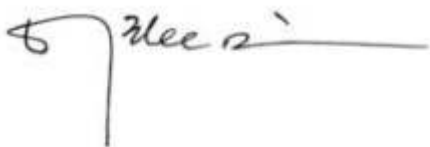
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/06/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.100,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA

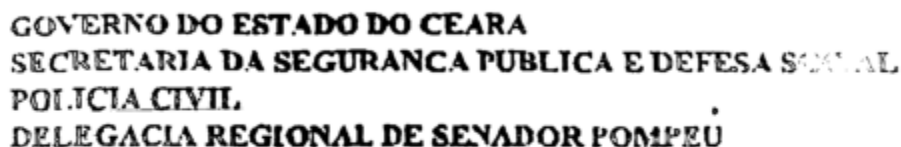
BANCO: 237

AGÊNCIA: 00735-8

CONTA: 000000002227-6

Nr. Autenticação

BRADESCO2406201505000000000023700735000000002227810000 PAGO



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/03/2015 15:53:02**
Data / Hora da Ocorrência : **31/01/2015 13:50:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DOCA BELO**

CENTRO PEDRA BRANCA ACE

Ponto de Referência:

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIO LANTO VIEIRA DE SOUSA
Nascimento: 10/01/1984
RG: 2043014015027 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 01591915-0
Filiação: MANOEL VIEIRA
ANTONIA MOREIRA DE SOUSA VIEIRA
Endereço: R DOUTOR HERMOGENES 133
CENTRO
PEDRA BRANCA CE BRASIL
Telefone:

Historien

Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte: (a) declarante juntamente com sua sogra Zenilde Petrosio Moreira, CPF 845.252.811-0, quando a declarante vinha conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, ano 2013, cor preta, modelo 013/2013, cor de Armutia Gerucia, placa OSM-8712 Pedra Branca CE, chassi 9C2KC1670DR463068 licenciada e registrada em nome de Oliveira Costa e trazendo na garupa Zenilde; Afirma o (a) declarante que colidiu com uma moto vindo a cair no solo; Que o (a) declarante informa que foi para o hospital de Pedra Branca, onde ocorreu o acidente o (a) declarante afirma que sofreu o que se encontra descrito na documentação médica anexa; testemunhas do acidente as seguintes pessoas: Maciel Pereira de Brito, RG 200300007-750-2004014147304; Que o (a) declarante procurou esta delegacia para lavrar este boletim de ocorrência; as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; e as informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade documental, artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR PUC DEL
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

ROBERTO JORGE SIQUEIRA BRAGA - MAT:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: ANTONIO JAMMO

VISTO DO DELEGADO(A): JEFFERSON LOPES CUSTODIO - 310.124

oberto Jo
Assinatura de
Data de

75-14 ✓
F 2054



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 912 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 24/03/2015 15:53:02
Data / Hora da Ocorrência : 30/01/2015 13:50:00
Endereço da Ocorrência: AV DOCA BELO

CENTRO PEDRA BRANCA CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA
Nascimento: 10/01/1984
RG: 2003014015027 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 01591915309
Filiação: MANOEL VIEIRA
ANTONIA MOREIRA DE SOUSA VIEIRA
Endereço: R DOUTOR HERMOGENES 133
CENTRO
PEDRA BRANCA CE BRASIL Telefone:

Histórico

Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte: Que na data, hora e local, acima citado, o (a) declarante juntamente com sua sogra Zenaide Pedroso Moreira, CPF 845.252.823-04, sofreram um acidente de trânsito quando a declarante vinha conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, ano de fabricação modelo 2013/2013, cor PRETA, placa OSM-8712 Pedra Branca CE, chassi 9C7KC1670DR463068 licenciada em nome de Antonia Gerucia Oliveira Costa e trazendo na garupa Zenaide; Afirma o (a) declarante que colidiu com automóvel de placas não anotadas, vindo a cair em asfalto; Que o (a) declarante informa que foi para o hospital de Pedra Branca/CE; Que em consequência do acidente o (a) declarante afirma que sofreu o que se encontra descrito na documentação médica em anexo; Que tem como testemunhas do acidente as seguintes pessoas: Márcio Pereira de Brito, RG 2003014077502 e Nogueira do Nascimento, RG 2004014157304; Que o (a) declarante procurou esta delegacia para lavrar este boletim de ocorrência, e foi cientificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de que no caso das informações inseridas neste procedimento serem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ROBERTO JORGE SIQUEIRA BRAGA - MAT.: 300075-1-4

Roberto Jorge S. Braga
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 300075-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA

VISTO DO DELEGADO(A):

JEFFERSON LOPES CUSTÓDIO - MAT.: 404546-1-0

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2015

Carta nº: 6868665

A/C: ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA

Sinistro: 3150385673
Vitima: ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA
Data Acidente: 31/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Antonio Janio Vieira de Sousa, portador da carteira de identidade nº 2003014015022 e inscrito no CPF/MF sob o nº 015.919.453-09, residente e domiciliado na Rua Dr. Hermogenes, 133, Cidade Pedra Branca, Estado CEARA, 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 Líder 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.

ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Pedra Branca/CE, 30/03/15

Local e data

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2015

Carta nº: 7067506

A/C: ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA

Sinistro: 3150385673
Vítima: ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA
Data Acidente: 31/01/2015
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!

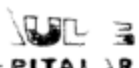
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

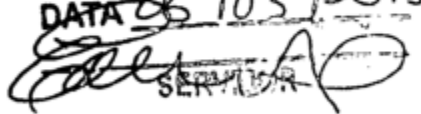


Registro de Atendimento
Emergencial




PITALAR
Emitido em: 11/03/2015 11:7:36
Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						HORA: 11/01/2015 23:25 27	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 708503346817178	NOME: ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA					5351341	
CPF:	RG:	D. NASC: 10/01/1984	ESTADO CIVIL:	M:	RACA/COR: Amarela		
NOME DA MÃE: ANTONIA MOREIRA DE SOUZA VIEIRA				NOME DO PAI: MANOEL VIEIRA			
TIPO DE LOGRADOURO:	ENDEREÇO DO PACIENTE: DOUTOR HERMOGENES			133	BAIRRO: CENTRO		
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: PEDRA BRANCA	CEP: 3630000				
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: ADRIANA		PARENTESCO: IRMA			TEL:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou caminhonete							
QUEIXAS: HISTORIA DE TRAUMA PELVICO + TRAUMA CORTO-CONTUSO NO CRANIO COM RELATO DE PERDE DE CONSCIENCIA							
OBSERVAÇÕES: TCE- HISTORIA DE INCONSCIENCIA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							

PROTOCOLO DO UF
RAE RETIRADA
PELO SISTEMA
DATA 08/10/2015

SERVIDOR



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO JÂNIO VIEIRA DE SOUSA,

RG nº 2003014015027, data de expedição 11/02/2009, Órgão SSP/CE,

CPF nº 015.919.153-09, 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 Dr. Hermogenes</u>
Número	<u>133</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Pedra Branca</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>63630-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 9703-7419 - (88) 3515 2329</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pedra Branca/CE, 30/03/15

Assinatura do Declarante: ANTONIO JÂNIO VIEIRA DE SOUSA

(88) 3515-2329

11/03/2015		TOTAL		108,95	
11/03/2015		TOTAL		108,95	
Energia	30,24	146	168	168	204
Transmissao	1,12	168	168	168	204
Distribuicao	1,12	168	168	168	204
Oncargos Setoriais	1,12	168	168	168	204
Tributos (TMS PIB-COFINS)	35,24	146	168	168	204
TOTAL	77,84	146	168	168	204

72,61	0,00
-------	------

A ANEEL realizou em 01-05/2015 as O&S no Auditório da FIEC na Av. Barão de Studart, 1306, Aldeota, Fortaleza-CE, a Assessoria Técnica 010/2015 referente a Quarta Revisão Tarifária da COELCE.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônia Geruêcia Oliveira Costa,
RG nº 2004014138275 data de expedição 24/03/2004 Órgão SSP/CE, portador
do CPF nº 035.726.433-92, com domicílio na cidade de Pedra Branca, no
Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Maria Cleonor nº 43, 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 Antonio Janio Vieira de Sousa

Veículo: HONDA / CG 150 FAN ESI
Ano: 2013
Modelo: 2013
Placa: QSM 8712
Chassi: 9C2 KC16 70DR 463068
Data do Acidente: 31/03/15

Local e Data: Pedra Branca/CE, 30/03/15

Antônia Geruêcia Oliveira Costa
Assinatura do Declarante

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO Av. Sabino Vieira Cavalcante, 03 Pedra Branca - Ce	Reconheço como verdadeira a firma de <u>Antônia Geruêcia Oliveira Costa</u> na testa.
	Dou fé. Pedra Branca, <u>30/03/2015</u> Em testemunho da verdade.
	<u>Regina Cely N. Pessoa da Costa</u> - Oficial Tit.
	<u>Maria do Carmo Araújo Mileo</u> - Substituta

VÁLIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICIDADE

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO
Regina Cely N. Pessoa da Costa
Titular
Maria do Carmo Araújo Mileo
Substituta
VHN / 002
RECONHECIMENTO DE FIRMA
15745397
CE

**Registro de Atendimento
Emergencial**



SAMU
HOSPITALAR

Emitido em: 06/03/2015 11:7:36

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 31/01/2015 23:25:27	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 708503346817178		NOME: ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA				Registro: 5351341	
CPF:		RG:		D. NASC: 10/01/1984		ESTADO CIVIL:	
						SEXO: M RAÇA/COR: Amarela	
NOME DA MÃE: ANTONIA MOREIRA DE SOUZA VIEIRA				NOME DO PAI: MANOEL VIEIRA			
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: DOUTOR HERMOGENES		Nº: 133		BAIRRO: CENTRO	
COMPLEMENTO:		TELEFONE CONTATO:		MUNICÍPIO: PEDRA BRANCA		UF: CE CEP: 63630000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: ADRIANA		PARENTESCO: IRMA				TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO:		Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: HISTORIA DE TRAUMA PELVICO + TRAUMA CORTO-CONTUSO NO CRANIO COM RELATO DE PERDE DE CONSCIENCIA							
OBSERVAÇÕES: TCE- HISTORIA DE INCONSCIENCIA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica		Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							

PROTOCOLO DO LUF
RAE RETIRADA
PELO SISTEMA
DATA 06/03/2015
[Assinatura]

End: Dr. Hermogenes

6430



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA
Hospital Municipal

UNIDADE DE URGÊNCIA E PRONTO ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Entrada na Unidade Data 31/03/15 Hora: 13:30

Nome: Antonio Sario Vieira De Souza

Sexo: M Estado Civil: Profissão: Escolaridade:

Sinais Vitais: PA: 140/90 mmHg FC: bpm FR: irpm T: °

Queixa Principal:

Fatores de Risco: Alergia:

Risco: ☐ ALTO ☐ MODERADO ☐ BAIXO ☐ Referência ao PSF

OBS:

Assinatura do Paciente:

Hora:

AValiação Médica Inicial

HDA e Exame Físico Direcionado

Paciente vítima de acidente automobilístico apresenta dor intensa na
região pélvica e lesões contusas em não ligadas, na região da cabeça.

Hipótese(s) Diagnóstica(s) Provável(is)

Politraumático

Cláudio Alves Moreira
Técnico em Radiologia
CRM: 2513

SILVIO FELNADO
Coordenador do SAMU
Hospital Municipal São Sebastião
e Meternidade Celia Medeiros

Destino do Paciente

☐ Alta ☐ Administração de medicamentos ☐ Observação 12h ☐ PSF
☐ Internamento ☐ Transferência de Emergência ☐ Outros Procedimentos

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS/PROCEDIMENTOS

- Sutura OK
- Torção CEF EV 20 h. 15:15
- Manobra de EV. 15:50
- SRI 1.500ml EV Rápido (14:00) (14:30) (15:00)
- Ref. x Ref. OK

Assinatura e CRM

às 18:00 horas PA - 120 x 80 mm Hg - Saline

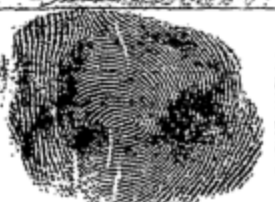
às 18:20 horas Temp. 37,5 °C - Saline

ENF-08



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 POL. ESTAD. IDENT. 10

ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2003014015027 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/2/2003

NOME ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA

FILIAÇÃO MANOEL VIEIRA E ANTONIA MOREIRA DE SOUSA VIEIRA

NATURALIDADE PEDRA BRANCA-CE DATA DE NASCIMENTO 10/1/1984

DOD. ORIGEM CERT. NASC. 17410 L A/15/77 F 386 P. BRANCA/CE.

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

015.919.153-09

ANTONIO JANIO VIEIRA DE SOUSA

10/01/1984

Telefones e/ou contato

(88) 9703-7419

(88) 3515-2329

Seguro
DPVAT

O Seguro DPVAT é obrigatório
para os veículos de circulação



AVISO DE SINISTRO DPVAT

Tipo de Sinistro - Morte () Invalidez ☒ DAMS () - Seguradora : MBM - 6084

Valor da Indenização - RS: _____

Vítima : Antônio João Vieira Nascimento / /
de Sousa

CPF: /

Reclamante - Vítima () Beneficiário () Procurador ()

Beneficiário: _____ CPF/CGC: /

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

TEL: ()

Procurador: _____ CPF/CGC: /

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

TEL: ()

Dados da Ocorrência

Data do Sinistro /Fato: / /

Data do Boletim /Registro: / /

Estado da ocorrência:

Veic. Identificado
() sim () não

Placa

Tipo de Veículo

Vítima:

1 - Transportado ()

2 - Não transportado ()

3 - Motorista ☒

Complemento de Processo () Envio de Processo Novo ()

Número do Processo:

CE

Local / Data

Assinatura

mbm
Seguro de Pessoas



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antônio Jairo Vieira de Sousa
 DATA DO ACIDENTE 31/01/2015 CPF DA VÍTIMA 015919153-09
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua DR Hermenegildo
 Nº 133 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Centro
 CIDADE Pedra Branca UF CE CEP 63630-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____