



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº DO SINISTRO 2011/124936

EU, José Wajilton Silva Neves PORTADOR (A) DO

RG Nº 2002019025960 EXPEDIDO POR SSP CE EM (DATA) 20/03/02 E

CPF 01093496363 / CNPJ

PROFISSÃO _____ E RENDA MENSAL R\$ _____ NA _____

QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)	DO VALOR REFERENTE A
INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT	DA VÍTIMA

José Spalton Silva Neves, AUTORIZO A

SEGURADORA MBM A EFETUAR O RESPECTIVO CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1. ☒ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA 2251-9 C/C 0021387-0

2. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

3. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

4. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ C/P

5. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

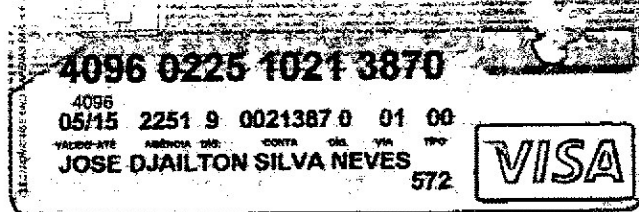
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fortaleza, 13 de Dezembro de 2010
LOCAL / DATA

LOCAL / DATA

R. José Djalmar Silva Neves
ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)





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

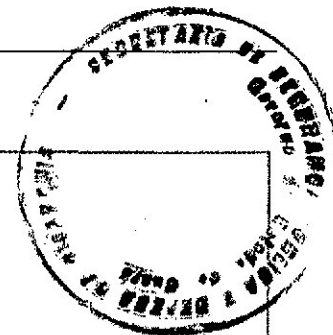
BOLETIM DE OCORRÊNCIA
1004026



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 425 - 2170 / 2010

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS
Data / Hora da Comunicação: 23/11/2010 14:45:28
Data / Hora da Ocorrência : 06/09/2010 12:35:00
Endereço da Ocorrência: R AMELIA
ZONA RURAL ARACOIABA /CE
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSÉ DJAILTON SILVA NEVES
Nascimento : 28/10/1984
RG: 200201902596 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:
Filiação: JOSE ADAILTON CLEMENTE NEVES
JOANA DARC DA SILVA NEVES
Endereço: ESTR CANDEIA BOA VISTA
ZONA RURAL
BATURITE CE BRASIL Telefone:

Histórico

informa que no dia, hora e local supra mencionados, trafegava no sentido zona rural, baturite aracoiabarece, quando havia uma caixa no meio do caminho, onde havia um pedra dentro, foi quando o registrante bateu na mesma vindo a cair, quebrando o dedo da mão direita, e torcendo o pé direito. que nada mais disse.!!! !!! !!!

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE BATURITE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

NOME: "ESCRIVAO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *José Djailton Silva Neves*

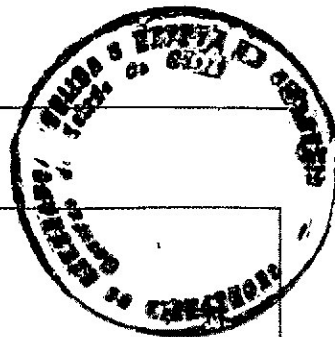
VISTO DO DELEGADO(A) : _____

Ailton de Araújo Ricardo
Insp: de Polícia Civil
Mat. 155281-1-7



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 425 - 2170 / 2010



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 23/11/2010 14:45:28

Data / Hora da Ocorrência : 06/09/2010 12:35:00

Endereço da Ocorrência: R AMELIA

ZONA RURAL ARACOIABA /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSE DJAILTON SILVA NEVES

Nascimento : 28/10/1984

RG: 200201902596 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:

Filiação: JOSE ADAILTON CLEMENTE NEVES

JOANA DARC DA SILVA NEVES

Endereço: ESTR CANDEIA BOA VISTA

ZONA RURAL

BATURITE CE BRASIL

Telefone:

Histórico

informa que no dia, hora e local supra mencionados, trafegava em uma motocicleta de placa nqs 9384 de cor preta marca xiz yamaha de ano e modelo 2010/2010 no sentido zona rural, baturite/aracoiaba ce. quando havia uma caixa no meio do caminho, onde havia um pedra dentro, foi quando o registrante bateu na mesma vindo a cair, quebrando o dedo da mão direita, e torcendo o pé direito. que nada mais disse. / !!! / !!!

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE BATURITE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: [Assinatura]

NOME: "ESCRIVAO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Josi Djailton Silva Neves

VISTO DO DELEGADO(A): _____

DOCUMENTO RECEBIDO

31 / 03 / 11

Nº DO CLIENTE
3844220-5

coelce

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040

Para obter seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que chamar em nosso contato.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B

Rota 10 27002 02-034125 - 2 Data de Emissão 15/10/2010

Nome JOSE DJAILTON SILVA NEVES

End. Postal PV BOA VISTA I 00000

DISTRITO CANDEIA - BATURITE -

Medidor 24494811

Posto 0000 A92N

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 010934963-63

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Out/2010 Data da Apresentação 15/10/2010 Previsão Próx. Leitura 12/11/2010

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto BATURITE
Mês Ago/2010 CM 2,67

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0728.6496.4E77.0000.0000.0000.0000.0000

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
155	137	1,8	18	0,0	0,0	0,14383	4,28
15/10/10	15/09/10	30 DIAS		30			

VR - CONSUMO DO MÊS PREÇO NORMAL 12,24

DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA -7,96

MULTA MORATORIA REF 09/2010 0,09

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 0,49

VENCIMENTO

01/11/2010

TOTAL A PAGAR (R\$)

4,86

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	2,45
Transmissão	0,14
Distribuição	1,18
Encargos Setoriais	0,26
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	0,74
TOTAL	4,77

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
15	18	14	28	14	14	16	15	20	10	6	0

importante

CARO CLIENTE, NO MES DO SEU ANIVERSÁRIO A COELCE DESEJA QUE SUA VIDA SEJA REPLETA DE ENERGIA E PAZ.

BRANCO EXPRESSO

FARMACIA BATURITE LTDA EPP

RUA 15 DE NOVENBRO, 891

Term.Net-Iso 00000296 Data 30/10/2010

Correspondente do Banco Bradesco S.A.

Comprovante de Pagamento

Data: 30/10/2010 Hora de Brasília: 08:22

Código de Barras:

8362000000-5 04860031000-6

00038442200-2 00103910241-1

Empresa: COELCE

Valor do Pagamento: 4,86

Ag: Bradesco: 0704 - ARACOIABA

PACB: 159 - FARMACIA BATURITE

NSU: 000481077887 Autenticacao: 621963

OMIDORIA BRANCO

0800 727 9933

NSU Rede: 532353 Hora Rede: 08:26:15

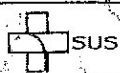


1^o vez



FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

20158: 85108



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **SANTA ISABEL**
Rua Getúlio Vargas, 150
Centro - CEP 62750-000
CASA

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Joana Dae da Silva Neves

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

043-355

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/10/84

Masc. ☒

Fem. ☐

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Joana Dae da Silva Neves

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

Penipapeiro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Urucuiaba

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

220-810

15 - UF

CE

16 - CEP

62750000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com sinais e sintomas de insuficiência cardíaca.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Insuficiência cardíaca

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Insuficiência cardíaca

21 - CID 10 PRINCIPAL

S626

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

V284

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020342

26 - CLÍNICA

C.T.

27 - CARTÃO DE INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

06109110

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

06/09/10

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

OR. MARCO ANTONIO NEVES

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

08/09/10

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

OR. MARCO ANTONIO NEVES

- 1) Anestesia M SD
- 2) Colar. sangs
- 3) Incisão dorsal de 20 cm
- 4) Dissecar para plomo +
levar de
- 5) Fechar a pele com fio de seda
- 6) Fechar a pele com fio de seda
- 7) Sutura profunda
- 8) Fechar a pele com fio de seda
- 9) Sutura de infecção
- 10) Sutura de infecção

DATA

Cirurgião: Roberto de Jesus

Ouro Preto, 10 de Maio de 2010

Ass. E Carimbo

Ass. E Carimbo do Cirurgião

2º Auxiliar

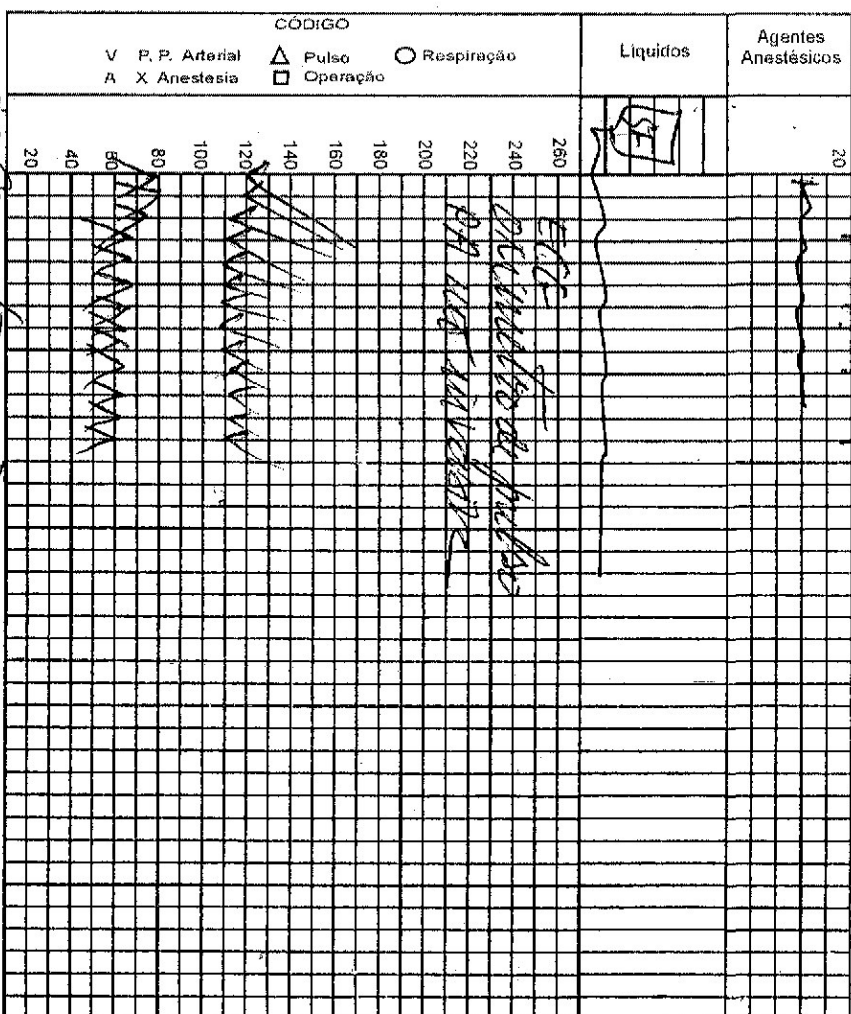
2º Auxiliar

Ass. E Carimbo

Ass. E Carimbo

Ass. E Carimbo

16:30 17:00 17:30



Data: 07.05.2010

[illegible]

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO : A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

Nome completo da vítima: Jon Dymilton Silva Neves Número do sinistro

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

Data do acidente: <u>06/09/2010</u>	Data do início do tratamento médico: <u>06/09/2010</u>
Nome completo e CRM do médico: <u>Monardo Monardo Salmito de Almeida</u>	
Lesões resultantes do acidente: <u>Fratura do fêmur do 2.º quadrante do 1.º membro superior direito CID S62.6</u>	
Dados resumidos dos tratamentos realizados (datas): <u>no momento em curso com A + T + S.</u>	
Existe algum defeito físico ou doença pré-existente? ☐ sim ☒ não	
Com relação a invalidez pode-se concluir que : ☐ a invalidez é temporária portanto passível de recuperação significativa ou de cura. ☒ a invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o seguimento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATômICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	<u>Mão Direita:</u>
2º	<u>celula m2, deformidade em flexão</u>
3º	<u>o movimento e</u>
4º	<u>gongo de um m1 do</u>
5º	

Afirmo que assisti e/ou avalei a vítima no período de <u>06/09/13/12/2010</u> e que as respostas acima, são completas e verdadeiras.		
<u>Jon Dymilton Silva Neves</u> LOCAL	<u>13, 12, 2010</u> DATA	<u>Alfafa</u> ASSINATURA E CARIMBO
ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE		
_____ LOCAL	_____ DATA	_____ ASSINATURA DA VITIMA

Fco. Monardo Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4411

Fco. Monardo Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4411

17 de Setembro de 2010

A

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Ref: Invalidez Permanente - Vítima: JOSE DJAILTON SILVA NEVES

Esclarecemos a esta conceituada Seguradora que o Posto do IML em BATURITÉ,
não atende aos termos estabelecidos pela Lei n°. 6.194 em seu Art. 5º, §5º, alterado pela Lei n°. 11.945 de 05/06/2009, Art. 31, cujo teor segue:

" O Instituto Médico Legal da jurisdição do acidente ou da residência da vítima deverá fornecer, ~~em prazo de até 90 (noventa) dias (três meses)~~, laudo à vítima com a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes, totais ou parciais."

Entendendo que a vítima não pode ser prejudicada pelo não cumprimento da legislação vigente, solicitamos que o processo em pauta seja avaliado com base no relatório médico capeado ao processo, em que atesta claramente a invalidez de caráter permanente da vítima em questão.


Atenciosamente.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

JOSE DAILTON SILVA NEVES

DOC. IDENTIFIC. / CATEGORIA DE 2092019023950 SSP CE

CPF 010.934.953-63 DATA NASCIMENTO 28/10/1984

NOME JOSE DAILTON CLEMENTE
NEVES
JOANA DARC DA SILVA
NEVES

SEX M COR AB

VALIDADE 10/05/2012 1ª habilitação 19/07/2003

02974736033

PERCE ATIV REMEMBRADA:

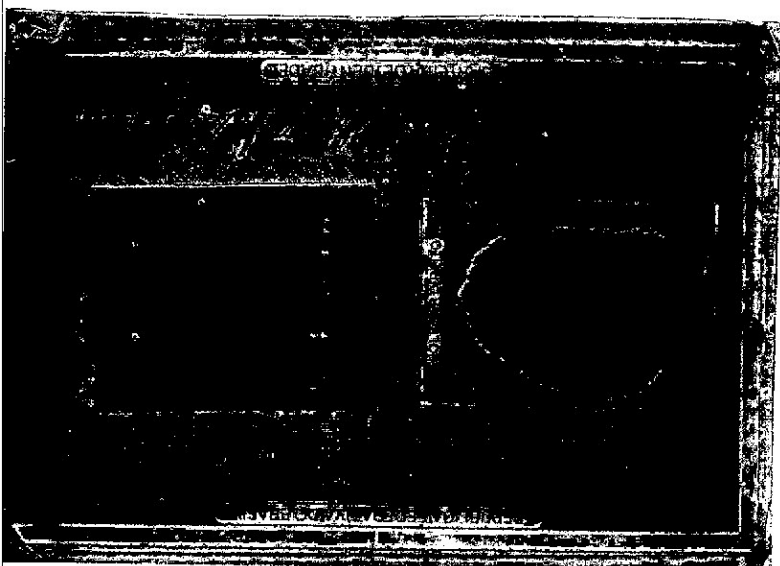
Jose Dailton Silva Neves
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL MATURITE, CE DATA EMISSAO 09/07/2007

34317016954
CE111039525

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO



OUTROS
1004054



DIATRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA

LÔA TRAN

Corredora Líder dos Consórcios
Seguros Seguros DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

08/01/2010 13:31:18

 SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT		Exercício: 2010	Nº documento: 6.00777020-0
		Data emissão: 14/07/2010	Código placa: 1417199384-5
Nome Proprietário / Solicitante: PAULO ROBERTO DA SILVA SOUZA		Hora: 11:31:26	Código taxa: 219
Placa: NQS9384	Marca / Modelo: YAMAHA XTZ 125K	CPF / CNPJ: 053.193.023-80	
Ano fabricação: 2010	Ano / Modelo: 2010	Chassi: 9C6KE1260A0014894	
Código seguro: 09	Prêmio líquido 130,98	ISO (0,38 %) 0,50	Renavam: 224458167
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO		Prêmio total (R\$): 131,48	Código corretor: SUSEP
866100000011 314809248607 800022445814 6790		Via Usuário Autenticação Mecânica	

 EXTRATO PARA PAGAMENTO DE TAXAS / MULTAS		Último Lic.: 2010	Nº atendimento:	Nº documento: 6.00777020-0		
		Data emissão: 14/07/2010	Hora: 11:31:25	Código placa: 1417199384-5		
Nome Proprietário / Solicitante: PAULO ROBERTO DA SILVA SOUZA		CPF / CNPJ: 053.193.023-80				
Placa: NQS9384	Chassi: 9C6KE1260A0014894	Município: FORTALEZA	Marca / Modelo: YAMAHA/XTZ 125K			
Código	Descrição (Taxa / Multa)	Nº Aut	Notificação	Data Infração	Data Vencimento	Valor (R\$)
219	PRIMEIRO EMPLAC. VEIC. NOVOS					75,20
260	SERV. EMPLAC. EXTERNO - MOTO					34,96
OBS: Valores Válidos até o dia 30/12/2010						
Multas em Processamento e em Defesa Prévia Serão Cobradas Posteriormente			RESUMO			
			TAXAS 110,16			
			MULTAS 0,00			
			301 DETRAN 0,00			
			312 0,00			
			313 PREF. 0,00			
Página Extrato 1/1	Credenciado NAO	Atendente FRANCIAL	Det. PVA NAO	Total a Pagar 110,16		
866300000019 101607135668 820101230606 077702000009			Via Usuário			



Seguro de Pessoas

Processo pré cadastrado com sucesso.

Nome: **JOSE DJAILTON SILVA NEVES**

Garantia: **02 - Ipa /Invalidez**

Seu protocolo é: **DGQ5A17F**

Data: 13/12/2010 - Hora: 12:52:55

Telefone: 41 3082-3094 / 41 3092-3094

Av. Presidente Kennedy, 4100 - Conj 05 - CEP: 80610-010 - Portão

Curitiba - PR

Curitiba, 28 de Dezembro de 2010.

Ilmo. (a) Senhor (a).
Nome: Jose Djailton Silva Neves
End: Pv. Boa Vista I, s/nº
Cidade: Baturité - CE
Bairro: Distrito Candeia
Cep: 62.760-000

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT –
Sinistro de Invalidez – JOSE DJAILTON SILVA NEVES.

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recebemos o processo acima mencionado em 27/12/2010, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade de documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- Deverá ser apresentado junto ao processo;

1. **Adendo ao boletim de ocorrência, informar a posição da vítima e em qual veículo a mesma se encontrava.**

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Líder/Consortio -DPVAT, para finalização.

Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder/Consortios do Seguro DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo inicial de 15 dias que tínhamos para nos pronunciar quanto à indenização.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,



MBM Previdência e Seguros

Aviso de Sinistro DPVAT

Na forma do disposto na resolução Nº 01/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados e Capitalização - CNSP levo ao conhecimento desta Companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Marca

Tipo ☐ Auto ☐ Moto ☐ Ônibus ☐ Caminhão ☐ Trator

Veículo não identificado ☐

Data do acidente: 06/09/2010

Nome da Vítima: José Wlailton Silva Neves

A Vítima era:

☐ Motorista ☐ Passageiro ☐ Pedestre

O resultado do acidente foi:

☐ DAMS ☐ Morte ☒ Invalidez

Em cumprimento ao item 10 da resolução 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro, segue os seguintes documentos:

☐ Certidão Nº da autoridade policial sobre a ocorrência

☐ DUT Nº

☐ RG e CPF do sinistrado

☐ RG e CPF do(s) beneficiário(s)

☐ Certidão de Nascimento da Vítima

☐ Laudo de Lesões corporais (IML)

☐ Certidão de óbito

☐ Laudo de necropsia

☐ Procuração Pública / Particular

☐ RG e CPF do procurador

☐ Comprovante de endereço do procurador

☐ Despesas médicas / hospitalares originais

☐ Certidão de inexistência de IML (IPA)

Documentos comprobatórios da qualidade de beneficiários

☐ Declaração de herdeiros

☐ Declaração particular de endereço

☐ Comprovante de endereço (água, luz ou telefone)

☐ Prova de companheirismo (INSS, RF, CTPS)

☐ Certidão de Casamento atualizada da vítima

☐ Guia de autorização de pagamento

Acusamos o recebimento da via original do presente Aviso de Sinistro, com todos os documentos assinalados com (x).

Observações:

Telefone: 9645.9815

Observações:

1) Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro.

2) Eventualmente poderão ser solicitados documentos complementares, objetivando evitar-se liquidações dúbias, em prejuízo da Seguradora e/ou dos próprios beneficiários.

Obs.: Para preenchimento do reclamante

Local do Aviso

Data

Montezópolis 13/12/2010

x José Wlailton Silva Neves

Nome do Beneficiário

Obs.: Para preenchimento da Seguradora

Local

MBM SEGUROS

27/12/15

MBM Previdência e Seguros

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

**Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT**
SINISTRO

Número do Sinistro: 2011124936

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: JOSE DJAILTON SILVA NEVES Data do Acidente: 16/09/2010
 CPF: 010.934.963-63 CPF de: Próprio Titular do CPF: JOSE DJAILTON SILVA NEVES
 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue	
Certidão de casamento	Dispensado	
Certidão de inexistência de IML	Dispensado	
Certidão de nascimento	Dispensado	
Comprovação de ato declaratório	Dispensado	
Documentação médico-hospitalar	Entregue	
Documentos de identificação	Entregue	
DUT	Dispensado	
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado	
Outros	Entregue	

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Comentário
BENEFICIÁRIO - JOSE DJAILTON SILVA NEVES		
Alvará judicial	Dispensado	
Autorização de pagamento	Entregue	
Comprovante de residência	Entregue	

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 01/04/2011
 Nome: JOSE DJAILTON
 CPF:

JOSE DJAILTON

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 01/04/2011 10:24
 Nome: JULIANA ASSUMPÇÃO MOREIRA
 CPF: 011.024.831-76

JULIANA ASSUMPÇÃO MOREIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2011124936**Cidade:** ARAÇOIABA**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JOSE DJAILTON
SILVA NEVES**Data do acidente:** 16/09/2010**Emissor do parecer:** Fernando
Pereira de
Castro**Seguradora:** MBM
SEGURADORA S/A**Prestadora:** CEBEME-Centro
Brasileiro de Est. Med.
de Eviden**CRM do médico:** 329637

PARECER

Data da análise: 25/04/2011**Valoração do
IML:****Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA DO FALANGE DO 2º QUIRODACTILO DIREITO**Resultados
terapêuticos:****Sequelas
permanentes:** DANO FUNCIONAL PERMANENTE DO 2º QUIRODACTILO DIREITO**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:** Não**Quantificação das
sequelas:** DANO MEDIO DO 2º QUIRODACTILO DIREITO BASEADO EM DOC MEDICA**Documentos
complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 1.350,00**Médico avaliador:** FERNANDO CASTRO**UF do CRM do
médico:** RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10	1	50

Valor avaliado: 675,00

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:

02/05/2011

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DJAILTON SILVA NEVES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02251-9

CONTA: 000000021387-0

Nr. Autenticação

BRADESCO0020520110500000000002370225100000002138767500 PAGO