

BANCO DO BRASIL S.A.

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: 12/06/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GIBSON RODRIGUES ALVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01362-5

CONTA: 000000011040-X

Nr. da Autenticação 44EC6E38EECBDB62

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013271110**Cidade:** Ipubi**Natureza:** Invalidez**Vítima:** GIBSON RODRIGUES
ALVES**Data do acidente:** 30/09/2012**Emissor do parecer:** Luiz Antonio
Torres Serodio**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A**Prestadora:** ACE Gestão de Saúde
Ltda.**CRM do médico:** 10670

PARECER

Diagnóstico: VÍTIMA SOFREU TRAUMA COM FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA E LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIO
CLAVICULAR DIREITA.**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME APRESENTA DIFICULDADE DE MOVIMENTOS DE HIPEREXTENSÃO E ABDUÇÃO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA
MUSCULAR NO OMBRO DIREITO LIMITANDO-SE SUA FUNÇÃO.**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A CIRURGIA. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 05/06/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** ROSENBERG PEREIRA DE FREITAS**UF do CRM do médico:** CE

DANOS

Dano

Perda completa da mobilidade de um dos ombros

%	Dimensão	Graduação
25	1	75

Valor avaliado: 2.531,25

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013271110**Cidade:** Ipubi**Natureza:** Invalidez**Vítima:** GIBSON RODRIGUES ALVES**Data do acidente:** 30/09/2012**Emissor do parecer:** Luiz Antonio Torres Serodio**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A**Prestadora:** ACE Gestão de Saúde Ltda.**CRM do médico:** 10670

PARECER

Diagnóstico: VÍTIMA SOFREU TRAUMA COM FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA E LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR DIREITA.**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME APRESENTA DIFICULDADE DE MOVIMENTOS DE HIPEREXTENSÃO E ABDUÇÃO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR NO OMBRO DIREITO LIMITANDO-SE SUA FUNÇÃO.**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A CIRURGIA. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 05/06/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** ROSENBERG PEREIRA DE FREITAS**UF do CRM do médico:** CE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	75

Valor avaliado: 2.531,25



BOLETIM DE ATENDIMENTO

HOSPITAL: M. MARCELO DA SILVA MVDU

NOME: GIBSON RODRIGUES ALVES

RESIDÊNCIA: R. Dom Pedro II 22

RESP.

RESIDÊNCIA:

DATA: 30/04/2012

Nº DA OCORRÊNCIA:

TEL:

TEL:

CONDIÇÃO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE
() SEGURADO () FILHO	25	☒ BRASILEIRO	Nº. 2005032015382
() ESPOSA () OUTROS	09/09/86	() ESTRANGEIRO	
SEXO	PROFISSÃO		ORGÃO EMISSOR
☒ MASCULINO () FEMININO	MOTORISTA	() U.F.	SSP-CE

PACIENTE CHEGOU	AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO
() ANDANDO	SAÍDA	CHEGADA	() ACIDENTE DE TRABALHO
☒ DE AUTO		1 23:46	() CASO POLICIAL
() AMBULÂNCIA	CHEGADA	SAÍDA	

PRESSÃO	ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	EXAMES COMPLEMENTARES
MÁX.	MÍN.		AXILAR	RETAL

CAUSA PROVAVEL DA LESÃO - QUEIXA PRINCIPAL
EXAMES FÍSICOS - SINAIS - SINTOMAS
Paciente vítima de acidente de trânsito, com lesões no membro superior direito, apresentando dor e inchaço na região do antebraço e mão direita. Não há deformidade aparente. Exame físico normal no restante do corpo.

TRATAMENTO: Analgesia e observação.

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS
06 MAIO 2013
PÁGINA 02

DESTINO DADO AO PACIENTE	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA
() RESIDÊNCIA () INTERNADO	(1) FURTO DE VEÍCULO
ENCAMINHADO	(2) ASSASSINATO
REMOVIDO	

ÓBITO ÀS	LICENÇA CONCEDIDA	DIAS
____/____/____ H ____ MIN. DO DIA	Janilson Barros de Sá	
ENCAMINHADO DO I.M.L. ()	ASSINATURA: CARIMBO - CRM / CRO	

Nome completo da vítima

WILSON RODRIGUES ALVES

Numero do sinistro

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

Data do acidente :

30/09/12

Data do início do tratamento médico:

30/09/12

Nome completo e CRM do médico :

JANILSON BARROS DE SÁ CRM 20254

Lesões resultantes do acidente :

FRATURA / HEMORRAGIA ACIONADA - FRATURA DE DÍGITO

Dados resumidos dos tratamentos realizados (datas) :

ANESTESIA / CURATIVOS DIÁRIOS
EM 30/09/12 EM UBER

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 ANATOMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º

2º

3º

4º

5º

Afirmo que assisti e/ou avaliei a vítima no período de 30/09/12 a 30/09/12 que as respostas acima, são completas e verdadeiras.

UBERLÂNDIA

LOCAL

30/09/12

DATA

Janilson Barros de Sá

CRM 20254

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

UBERLÂNDIA

LOCAL

30/09/12

DATA

Wilson Rodrigues Alves

ASSINATURA DA VITIMA

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

06 MAIO 2013

PÁGINA 08

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO



1004037

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

NOME
 GIBSON RODRIGUES ALVES

DOC. IDENTIDADE / ENC. FINDER : UF
 2005032015382 989 CE

CPF
 070.143.824-03

DATA NASCIMENTO
 09/09/1986

FILIAÇÃO
 FRANCISCO RODRIGUES DE SOUZA
 RUFINA IZABEL DE SOUZA

PERMISSÃO
 AD

NR REGISTRO
 03634643690

VALIDADE
 17/07/2013

1ª HABILITAÇÃO
 07/07/2005

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 023295645

PROIBIDO PLASTIFICAR
 023295645

OCCUPAÇÕES
 APTO PARA TRANSPORTE REMUNERADO

Assinatura do portador: *Gibson Rodrigues Alves*

LOCAL
 TERESINA, PI

DATA EMISSÃO
 30/07/2008

Assinatura do titular: *João Henrique Oliveira*

06235091316
 P1007340620

DETRAN/PI (PIAUÍ)

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

06 MAIO 2013

PÁGINA 09

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

Informações do Acidente

Sinistro: 2013271110
Nome da Vítima: Gilbson Rodrigues Alves
Local: IPUBÍ-PE.
Data do Acidente: 30/09/2012.

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Resultado da Avaliação do Medico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(X) Sim () Não () Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como “não” ou “prejudicado” apresentar justificativas:

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito I

II. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

Resposta: VÍTIMA SOFREU TRAUMA COM FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA E LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR DIREITA SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA.. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Resposta: AO EXAME APRESENTA DIFICULDADE DE MOVIMENTOS DE HIPEREXTENSÃO E ABDUÇÃO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR NO OMBRO DIREITO LIMITANDO-SE SUA FUNÇÃO.

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: (X) Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares: (X) Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) () Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

b) (X) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Resposta: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO.

Em caso de resposta afirmativa para “a” e/ou “b” no item III e/ou “a” no item IV, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

V. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame médico se pode documentar:

() Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

(X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como “parcial” informar se o dano é “completo” ou “incompleto”:

() Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

(X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão: OMBRO DIREITO.

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% grave

2ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

Informações Complementares Apresentadas pelo Médico Examinador

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: ROSENBERG PEREIRA DE FREITAS

Registro no CRM: 10670

Local do Exame: **CLINIAFAGU CLINICA MÉDICA LTDA.**

JUAZEIRO DO NORTE –CE.

Data do Exame: **05/06/2013.**

Local e Data

Assinatura do Médico Examinador – CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 9172388116
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 430073569 2011

NOME
JOSIMAR ALVES DA SILVA

UF
PE

079.656.734-44

PEJ9251

PLACA
9C2JC4110CR476223

FAV

MONTE CARLO

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARKA/MODELO
HONDA/CG 125 FAN K3

ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

C/POT/CL
22/124CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
ROXA

COTA ÚNICA
IPVA 2011 QUITADO

VENÇ/COTAS
1ª *****

FAV/IPVA PARCELAMENTO/COTAS
1 *****

VENÇ/COTAS
2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

UF
PE

23/01/12

Maria de Fátima Bezerra R. Costa
Diretora Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
MULTIPLICADORES DE RISCO DE ACIDENTES E DE FURTO POR SUACALIA ARESSO
TRANSPORTADAS QUANTO SEGURO DPVAT

PE Nº 9172388116 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO
2011

079.656.734-44

PEJ9251

JOSIMAR ALVES DA SILVA

UF
PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 9172388116

EXERCÍCIO 2011 DATA EMISSÃO 23/01/12

079.656.734-44

PEJ9251

RENAVAM 430073569

MARKA/MODELO HONDA/CG 125 FAN K3

ANO FAB 2011 C/POT 09

9C2JC4110CR476223

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TAXA DE SEGURO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COFICU PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A
CNPJ 09.340.608/0001-54
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

PÁGINA

10

06 MAIO 2013



Rio de Janeiro. 06 de Maio de 2013

À
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT
Rua Senador Dantas nº. 74 - 5º andar
NESTA

REF: SEGURO DPVAT/CONSÓRCIO - 431/13
Sinistro de: IPA - CONSULTA TECNICA

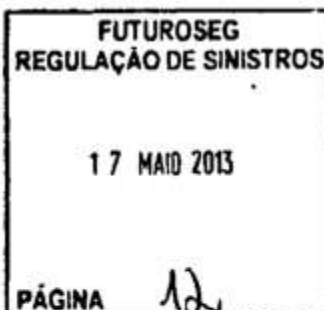
AOS CUIDADOS :SONIA FARO - CADASTRO PARCIAL DEP 008

Prezados Senhores:

Encaminhamos em anexo, processo de sinistro abaixo relacionado para providências desse Consórcio.

Nº DO SINISTRO	NOME DA VITIMA	NATUREZA	DATA RECLAMAÇÃO	DATA DO ÚLTIMO DOCUMENTO
ASP-387662/2013	GIBSON RODRIGUES ALVES	INVALIDEZ	06/05/2013	06/05/2013
Processo consta cadastro no SIS referente a mesma natureza, porém com a data de acidente diferente, conforme segue em anexo tela do SIS. Estamos encaminhando para devidas providências.				

Atenciosamente,



FUTUROSEG

N-02
D-008
DN-06/05/2013
DU-06/05/2013

15:12 07/05/2013 070990 SEGURADORA LIDER DPVAT 150069



Rio de Janeiro, 10/05/2013
DPVAT/SIN - 04975/2013

Para: MBM Seguradora S.A.

A/C: Futuroseg / Valdirene Salete

REF: Prosseguimento de Regulação - Workflow

Devolvemos o(s) processo(s) abaixo relacionado(s), para devidas providências quanto ao prosseguimento da(s) regulação(ões) através do SIS-DPVAT-Sinistros, obedecendo todo o fluxo sistêmico.

Alertamos que todos os documentos dos processos (novos ou complementares) a serem encaminhados a Recall, deverão seguir com os seus respectivos capêntes anexados.

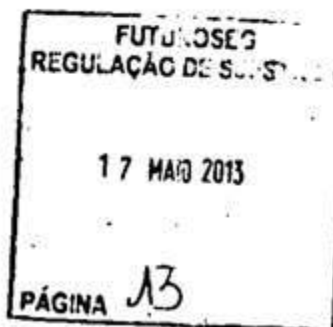
Informamos que o(s) sinistro(s) abaixo foi(ram) recadastrado(s), atribuindo nova numeração, conforme segue.

Sinistro(s)	Cad. Anterior	Vítima(s)
2013/269578	386210/2013	Emerson Henrique Coelho <i>on</i>
2013/269481	387149/2013	Marcelo Ricardô do Carmo e Silva <i>on</i>
2013/271110	387662/2013	Gibson Rodrigues Alves <i>on</i>

Atenciosamente

Cristina Grasso
Gerente de Sinistro

P- 200/003418/2013-001, 200/003424/2013-001 e 200/003440/2013-001.
KS
Anexo: conf. texto





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gibson Rodrigues ALVES
DATA DO ACIDENTE 30.01.12 CPF DA VÍTIMA 070.143.824-03
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Ra. 20053205382
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Dom Pedro II BAIRRO Centro
Nº 514 COMPLEMENTO _____
CIDADE Ipui UF PE CEP 55.000-000
E-MAIL _____ TELEFONE (88) 30852705

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)
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
☒ BOLEM 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 COMPLEMENTARES, COMO OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

FUTUROSEG REGULAÇÃO DE SINISTROS

06 MAR 2013
DIAGNÓSTICO
CONFIRMAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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 OUTADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS 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, TALS 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

- * 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOORTRANSITO.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 _____



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

EU, Gibson Rodrigues Alves PORTADOR (A) DORG Nº 200532015382 EXPEDIDO POR SSP/CE EM (DATA) _____ ECPF 07014382403 / CNPJ _____

PROFISSÃO _____ E RENDA MENSAL RS _____ NA

QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A

INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA

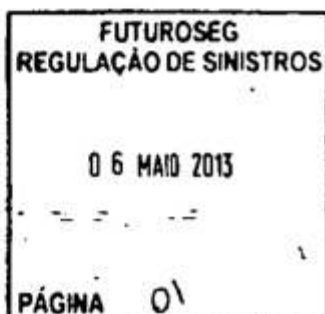
Gibson Rodrigues Alves AUTORIZO ASEGURADORA MBM A EFETUAR O RESPECTIVO CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO

INDICADA:

1. ☒ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE
Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 1362-5 C/C 11.040-x
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.

Juazeiro do Norte-CE; 10.04.2013

LOCAL / DATA

Gibson Rodrigues Alves

ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 204ª. CIRCUNSCRIÇÃO - IPUBI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 13E0294000214

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/04/2013 às 18:34

Número do BO que este complementa: 13E0294000208

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 30/9/2012 às 08:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE IPUBI, 1, RUA SÃO FRANCISCO (PROX. AO BANCO DO BRASIL) - Bairro: CENTRO - Município: IPUBI - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
GIBSON RODRIGUES ALVES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GIBSON RODRIGUES ALVES

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

(VITIMA) - **GIBSON RODRIGUES ALVES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino**

Mãe: **RUFINA IZABEL DE SOUZA**, Pai: **FRANCISCO RODRIGUES DE SOUZA** Data de Nascimento: **9/5/1988**, Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO**

Documentos: **2005032018382/SSP/CE (RG), 07014382403 (CPF), 03634643590 (CNH)** Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade:

NAO INFORMADO; Profissão: **MOTORISTA**; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO**; Telefone Celular: **NÃO INFORMADO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE IPUBI, 22, RUA DOM PEDRO II, 9. CENTRO, 55000-000, CENTRO, IPUBI, PERNAMBUCO, BRASIL**

Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**

Dados Comerciais: **NÃO INFORMADO**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): GIBSON RODRIGUES ALVES

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA / HONDA / CG 125** - Objeto apreendido: **Não** - Número de Série: **NÃO INFORMADO**
Cor: **ROXA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Valor Unitário: **0,00 (MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEJ9261 (PERNAMBUCO / IPUBI)** Renavam: **439073569** Chassi: **9C2JC41106R476223**

Ano Fabricação/Modelo: **2011 / 2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

O SR. GIBSON INFORMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTO HONDA CG 125 FAN KS, ANO 2012, COR ROXA, PLACA PEJ-9261, QUANDO AO PASSAR POR UM QUEBRA MOLAS PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR E TEVE UMA LUXAÇÃO NA CLAVÍCULA E ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, FOI SOCORRIDO PARA O PRONTO SOCORRO LOCAL ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE OURICURI, NADA MAIS A DECLARAR. VALE RESSALTAR QUE O VEÍCULO

UTILIZADO PELO SR. GIBSON NO DIA DO ACIDENTE ESTAVA MATRICULADO NO NOME DE JOSIMAR ALVES DA SILVA ASSIM COMO ERA DE SUA PROPRIEDADE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Gibson Rodrigues Alves
GIBSON RODRIGUES ALVES
(VITIMA)



B.O. registrado pelo policial: WALDIR FERREIRA GUEDES DE OLIVEIRA - Matrícula: 130351.1

Walcir F. de Oliveira
Walcir F. de Oliveira
Conselheiro de Polícia
Mat. 130.351.1

