

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: 16/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GISLAINE NUNES NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 000000140908-8

Nr. da Autenticação 82482A580FB6A88F



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL



DELEGACIA DA MULHER-ITABAIANA

CENTRO FONE:(0) 3431-8513

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2017/00551.0-000571

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DA MULHER-ITABAIANA

Endereço: CENTRO FONE:(0) 3431-8513

FATO

Data e Hora do Fato: 28/12/2016 - 12:00 até 28/12/2016 - 12:00

Endereço: RUA BOANERGES PINHEIRO, ESQUINA COM RUA CAPITÃO MENDES Número: Complemento: CEP: 49500-000

Bairro: CENTRO Cidade: ITABAIANA - SE Circunscrição: DELEGACIA DA MULHER-ITABAIANA

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: NENHUM

NOTICIANTE

Nome: REINALDO MOURA DE JESUS

Nome do pai: MANUEL MESESES DE JESUS Nome da mãe: MARIA MOURA DE JESUS

Pessoa: Física CPF/CGC: 922.466.723-70 RG: 14185539 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ITABAIANA Data de nascimento: 02/01/1977 Sexo: Masculino Cor da pele: Branca 17 OUT 2017

Profissão: MOTO TÁXI Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: AV. PREFEITO JAZON CORREIA Número: 1994 Complemento:

CEP: Bairro: CENTRO Cidade: ITABAIANA UF: SE

Proximidades: NO FUNDO DA FABRICA DE VINAGRE CARÍCIA Telefone: 79 99936-2453

VÍTIMA

Nome: GISLAINE NUNES NASCIMENTO

Nome do pai: MOACIR DO NASCIMENTO Nome da mãe: MARIA JOSÉ NUNES CANISIO

Pessoa: Física CPF/CGC: 068.287.075-10 RG: 25086367 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ITABAIANA Data de nascimento: 29/12/1995 Sexo: Feminino Cor da pele: Não informado

Profissão: VENDEDORA Estado civil: Convivente Grau de instrução: Não informado

Endereço: RUA ALUÍZIO ALMEIDA SILVA Número: 1656 Complemento:

CEP: 49.500-000 Bairro: MAMEDE PAES MENDONÇA Cidade: ITABAIANA UF: SE

Proximidades: PRÓXIMO AO DEPÓSITO TIO LUIZ Telefone: 79 99654-4970

HISTÓRICO

Relata o declarante (CNH AB 1089274295) que é mototaxista. QUE, no dia e local mencionados, transitava em sua moto (HONDA/CG150 TITAN MX KS, placa IAN4712, ano fab/mod 2010, RENAVAM 00212063740, cor predominante VERMELHA, chassi 9C2KC1610AR028807) com uma cliente como passageira, de nome GISLAINE NUNES NASCIMENTO. QUE, outra moto ao tentar fazer uma ultrapassagem perdeu o controle e colidiu na parte lateral da moto em que o noticiante e GISLAINE estavam. QUE ambos deram entrada no Hospital Regional de Itabaiana. QUE, segundo laudos médicos, o declarante sofreu uma fratura no pé direito e GISLAINE sofreu uma fratura da diáfise da tíbia, sendo esta submetida a tratamento cirúrgico. QUE o declarante e GISLAINE registram a ocorrência para acionamento do seguro DPVAT de ambos.

Data e hora da comunicação: 20/04/2017 às 11:31

Última Alteração: 20/04/2017 às 11:34.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Reinaldo Moura de Jesus
REINALDO MOURA DE JESUS
Responsável pela comunicação

Chiana Channa S. Mendes
Chiana Channa Santana Mendes
Responsável pelo preenchimento

**Gislaine Nunes Nascimento*



O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, GILDAINE NUNO NORONHA, portador da
carteira de Identidade nº 2508636-7 e inscrito no CPF/MF sob o nº
068297075-10, residente e domiciliado na
Rua ALVISO ALMEIDA SILVA, 1656, CENTRO, 49500-000, Cidade
ITABAIANA, Estado SE, 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:

(X) 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.

Gildaíne Nuno Noronha

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

ITABAIANA-SE 23 DE OUTUBRO DE 2017.

Local e Data





BAHIA

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

DO BEM: 446952 DATA: 28/12/2016 HORA: 12:32 USUARIO: CESANTOS
SETOR: C5-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: GISELAINE NUNES NASCIMENTO
IDADE: 71 ANOS NASC: 29/12/1935
ENDEREÇO: RUA SAC DOMINGOS
TIPO DE HABITACAO: CASA BAIRRO: CENTRO
CITY: ITABAIANA UF: SE
NOME DO PAI: NAO SOBE INFORMA MARIETA JOSE
NOME DO MARIDO: ESPOSO MATXON
NOME DO FILHO: ITABAIANA - CENTRO SE
CAUSA DO ACIDENTE: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
POLICIA: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRANSA: NAO
TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

Pressão: [] mmHg] PULSO: [] TEMP: [] PESO: []
COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA []
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA []

PLA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

SINTOMAS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Inde de morte

Der. T. e. e. e.

Logo depois

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO

ORARIO DA MEDICACAO

1.º Prescricao
2.º Prescricao
3.º Prescricao

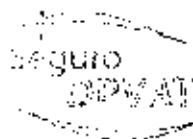
DATA DA SAIDA: []
ENCAMINHADO AO AMBULATORIO []
ENCAMINHADO AO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): []

REFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
[] APO 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] DPVAT []

SIGNATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: *MAVKA Santana Santos*
SIGNATURA DO RESPONSÁVEL: *Adriana Dantas Gomes*

Adriana Dantas Gomes
Téc. de Radiologia
CRTR nº 003847





O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GISSANE LUNO NASCIMENTO,

RG nº 25086367, data de expedição 14 / 01 / 2008, Órgão SSP/SC,

CPF nº 068297075-10, 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
seguinte, em anexo documento comprobatório em nome de
terceiros:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua ALVÍLIO RAMOS DA SILVA</u>	MBM Seguradora S/A 17 OUT 2017 DPVAT
Número	<u>1656</u>	
Apto / Complemento	<u>CASA</u>	
Bairro	<u>CENTRO</u>	
Cidade	<u>TUBARÃO</u>	
Estado	<u>SC</u>	
CEP	<u>49500-000</u>	
Telefone de Contato	<u>(49) 99654-4970</u>	
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TUBARÃO-SC 23 DE AGOSTO DE 2017.

Assinatura do Declarante: GISSANE LUNO NASCIMENTO



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsável pela conta.

Para garantir o melhor pagamento da conta consulte o site www.energisa.com.br Nº 050 308.742



ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min Apolinário Salles, 81 - Imipê, Ilheus
Aracaju - SE - CEP 40340-162
CNPJ 13.017.482/0004-83 - Insc. Est. 270.767.438

DADOS DO CLIENTE

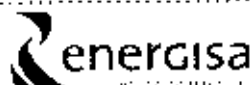
MARIA JOSE NUNES CANISIO
RUA ALUIZIO ALMEIDA SILVA 1958
ITABAIANA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/212857-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2017	04/05/2017	77	11/05/2017	R\$ 56,83

Acesso: www.energisa.com.br



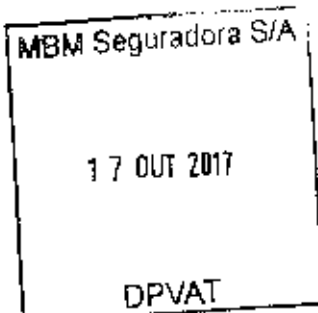
DESTAQUE

MARIA JOSE NUNES CANISIO

Rotelro: 01-830-070-0222

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 22/05/2017

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
11/05/2017	R\$ 56,83	212857-2017-05-8





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

068.297.075-10

Nome

GISLAINE NUNES NASCIMENTO

Nascimento

29/12/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

(79) 99886-8742.

MBM Seguradora S/A

17 OUT 2017

DPVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME 2508636 -7 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/01/1967

GISLAINE NUNES NASCIMENTO

PAI: AWOACIR DO NASCIMENTO

MARIA JOSE NUNES CANISIO

NATURALIDADE ITABAIANA-SE DATA DE NASCIMENTO 29/12/1962

DOC ORIGIN CERTIDAO DE NASCIMENTO NR. 40737 LV. 240 FL. 160

CART DIST COM DE ITABAIANA-SE

PIS / PASEP

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170558033

Cidade: Itabaiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GISLAINE NUNES NASCIMENTO

Data do acidente: 28/12/2016

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE TÍBIA À DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/+4), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DA PERNA, FORÇA MUSCULAR DA PERNA DIMINUÍDA (++/+5), PRESENÇA DE CALO ÓSSEO DE MODERADO VOLUME EM 1/3 DISTAL DA PERNA, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E JOELHO, ATROFIA LEVE DA PANTURRILHA POR DESUSO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E TORNOZELO.

Resultados terapêuticos: PERICIADA VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO FOI ADMITIDA NO HOSPITAL EM 28/12/2016 E RECEBEU ALTA NO MESMO DIA. FOI REINTERNADA E SUBMETIDA À REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE TÍBIA COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/11/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel Otacilio Nascimento Junior

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

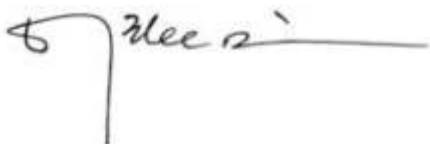
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00212063740 ENTR. 000000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
REINALDO MOURA DE JESUS

CPF / CNPJ 922.466.725-20 PLACA IAN4712

PLACA ANT. / UT IAN4712/SE CHASSI 9C2KC1610AR028807

SUBCATEGORIA PAS/MOTOCICLETA DOMINANTE ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX KS ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CAP. / POT. / cil. 2P/14CV/149CC CATEGORIA ALUGUEL COR PREDOMINANTE VERMELHA

QUOTA ÚNICA VENC. QUOTA ÚNICA VENC. COTAS

FAIXA LÍQUIDA PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 81,29 PRÊMIO TOTAL (R\$) 90,32 DATA DE PAGAMENTO 24/02/2017

SEGURO PAGO REF. DO EXERCÍCIO 2017

OBSERVAÇÕES SEM RESTRIÇÕES

LOCALIDADE ITABAIANA-SE DATA 24/02/2017

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE Nº 013267396416 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 24/02/2017

VIA ** CPF / CNPJ 922.466.725-20 PLACA IAN4712

RENAVAM 212063740 MARCA / MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX

ANO FAB. 2010 QUOTA 9 CHASSI 9C2KC1610AR028807

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRE (R\$) 81,29 DETRAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,32

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 10P (R\$) 0,70 TOTAL SEGURO DPVAT (R\$) 185,30

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 23/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.346.059/0001-04

DPVAT

17 OUT 2017

RECEBIM

CONTRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170558033 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GISLAINE NUNES NASCIMENTO **Data do acidente:** 28/12/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**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): **GISLAINE NUNES NASCIMENTO** Sinistro: **3170558033** Data: **28/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ALUISIO ALMEIDA SILVA, 1656, CASA - CENTRO - Itabaiana - SE - CEP 49500-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **2508636-7**

Data local do exame: [**08/11/2017**] **Aracaju** [**SE**]

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)
FRATURA DE DIÁFISE DE TÍBIA À DIREITA. . AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (++)/4), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DA PERNA, FORÇA MUSCULAR DA PERNA DIMINUÍDA (++)/5), PRESENÇA DE CALO ÓSSEO DE MODERADO VOLUME EM 1/3 DISTAL DA PERNA, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E JOELHO, ATROFIA LEVE DA PANTURRILHA POR DESUSO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E TORNOZELO.

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.
PERICIADA VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO FOI ADMITIDA NO HOSPITAL EM 28/12/2016 E RECEBEU ALTA NO MESMO DIA. FOI REINTERNADA E SUBMETIDA À REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE TÍBIA COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

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.

Limitação funcional do membro inferior 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

() "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):
Membro inferior direito

% 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):

% 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.


NOME: Manoel Otacilio Nascimento Junior

CRM: 1827 SERGIPE

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11851515

A/C: GISLAINE NUNES NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170558033 ASL-0400473/17
Vitima: GISLAINE NUNES NASCIMENTO
Data Acidente: 28/12/2016
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.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 MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2017

Carta nº: 11882812

A/C: GISLAINE NUNES NASCIMENTO

Sinistro: 3170558033 ASL-0400473/17
Vítima: GISLAINE NUNES NASCIMENTO
Data Acidente: 28/12/2016
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.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, 22 de Novembro de 2017

Carta nº: 11990615

A/C: GISLAINE NUNES NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3170558033
Vítima: GISLAINE NUNES NASCIMENTO
Data do Acidente: 28/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ

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: GISLAINE NUNES NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000561

Conta: 000000140908-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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 inferiores 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 DO SEGURO DPVAT



0014

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, GILRINE LUNG NASCIMENTOPORTADOR(A) DO RG Nº 2508636-7 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 14/03/2008 ECPF 068297075-10 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO DesempregadoE RENDA MENSAL DE R\$ 00,00. (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA GILRINE LUNG NASCIMENTO, 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 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;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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.

MBM Seguradora S/A

17 OUT 2017

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

DPVAT

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0561 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00140908-8

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.

IAPARANA-SG, 23 de Agosto

LOCAL E DATA

de 2017

a Gilrine Lung Nascimento

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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

