

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

EM 04/04/2017 10:11:46
 0001



DELEGACIA DA MULHER-ITABAIANA

CENTRO FONE:(0) 3431-8513

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2017/06551.0-000571

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 Melo Empregado: NENHUM

NOTIFICANTE

Nome: REINALDO MOURA DE JESUS
 Nome do pai: MANUEL MENESSES DE JESUS Nome da mãe: MARIA MOURA DE JESUS
 Pessoa: Física CPF/CGC: 922.466.723-26 RG: 14185539 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE
 Naturalidade: ITABAIANA Data de nascimento: 02/01/1977 Sexo: Masculino Cor da cutis: Branca 17 OUT 2017
 Profissão: MOTO TÁXI Estado civil: Solteiro Grau de Instrução: 1º Grau Incompleto
 Endereço: AV. PREFEITO JAZON CORRÊA Número: 1994 Complemento:
 CEP: Bairro: CENTRO Cidade: ITABAIANA UF: SE
 Proximidades: NO FUNDO DA FABRICA DE VINAGRE CARÍCIA Telefone: 79 99936-2453

MBM Seguradora S/A

DPVAT

VÍTIMA

Nome: GISLAINE NUNES NASCIMENTO
 Nome do pai: MOACIR DO NASCIMENTO Nome da mãe: MARIA JOSÉ NUNES CANISIO
 Pessoa: Física CPF/CGC: 068.297.075-16 RG: 25086367 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE
 Naturalidade: ITABAIANA Data de nascimento: 29/12/1995 Sexo: Feminino Cor da cutis: 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 DÉPÓSITO 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 MIX 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 GISLA. E 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 tibia, sendo esta submetida a tratamento cirúrgico. QUE o declarante e GISLAINE registraram 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

Gislaine Nunes Nascimento

Chiane Ohanna Santana Mendes
 Chiane Ohanna Santana Mendes
 Responsável pelo preenchimento



O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Gislaine Nunes Nascimento, portador da carteira de identidade nº 2508636-7 e inscrito no CPF/MF sob o nº 068297075-10, residente e domiciliado na Rua Alvinio Nunes Silva, 1656, Centro, 49500-000, Cidade Itabuna, Estado Sergipe, 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.

Gislaine Nunes Nascimento

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Itabuna - SE, 23 de Novembro de 2017.

Local e Data



NÚMERO:

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

DO BEBÉ: 446952

DATA: 28/12/2016 HORA: 12:32 USUÁRIO: AP SANTOS
SETOR: CB-SUTURA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: GISLAINE NUNES FERGIMENTO

DOC. 14710

SITUAÇÃO: 21 ANOS NASC: 29/12/1995

SERV. DE HEMATOLOGIA

RESIDÊNCIA: RUA SAC DOMÍNICO

NÚMERO: 140

LOCALIZAÇÃO: CASA BAIRRO: CENTRO

ESTADO: ITABAIANA UF: SE Cidade: Vila

CIDADE: NÃO SABE INFORMA MARGARITA JOSE NUNES CARVALHO

PAPEL: ESPOSA MATKON TEL.: 3011-1000

MATERIAL: ITABAIANA - CENTRO - SE

ACIDENTE: ACIDENTE MOTOCICLESTICO

POLICIAL: NÃO PIANO DE SAÚDE: NÃO

TRABALHO: NÃO VEÍCULO DE AMBULÂNCIA: NÃO

PULSEIRA: X mmHg] PULSO: [] TEMPO: [] PESO:

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA

[] LÍQUOR [] RCG [] ULTRASSOM

FICHA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NÃO

SINTOMAS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

*Mede de mante**Doença*

ACOES DA ENFERMAGEM:

Colo de cegio

ACORDOTICO: CID:

PRESCRIÇÃO

*1100 ml de suco de laranja**O frigida 100 g d**15 grame de goma*

HORARIO DA MEDICAO

DATA: / /

MBM Seguradora S/A

EXAMES MÉDICOS: [] A PEDIDO [] EVASÃO

HORA DA SAÍDA:

ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

[] HOSPITAL

OU NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR)

17 OUT 2017

REFERENCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

[] ATRAS 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA

DPVAT

MAYKA SANTOS

FIRMA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

APENAS PARA O USO DA POLÍCIA

Adriana Dantas Gomes

Téc. de Radiologia

CRTR nº 003847

Seguro
DPVAT

O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gislaine Nunes Vencimento,

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

CPF nº 068.293.045-10, 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 seguindo, em anexo documento comprobatório em nome de terceiros:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Aluísio Almeida Silva</u>		
Número	<u>1656</u>		
Apto / Complemento	<u>CASA</u>		
Bairro	<u>CENTRO</u>		
Cidade	<u>Foz do Iguaçu</u>		
Estado	<u>PR</u>	MBM Seguradora S/A	
CEP	<u>56261-000</u>		17 OUT 2017
Telefone de Contato	<u>(49) 996 54-4970</u>		
E-mail			

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Foz do Iguaçu - PR 23 de Novembro de 2017.

Assinatura do Declarante: Gislaine Nunes Vencimento



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.
Documento é da segunda via de conta.
Efetuar pagamento na agência ou via internet no site www.energisa.com.br N° 000 006.742



ENERGISA SERGIPE-DISTRIBUIDORA SA
Rua Min Apolinário Salles, 81 - Império das Flores
Aracaju - SE - CEP 49030-162
CNPJ 13 017.462.000-83 - Insc. Est. 270.167.408

DADOS DO CLIENTE

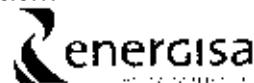
MARIA JOSE NUNES CANISIO
RUA ALUI^{JO} ALMEIDA SILVA 1858
ITABAIANA

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

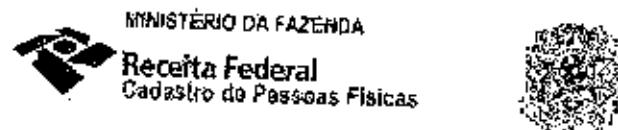
Acesse: www.energisa.com.br



MARIA JOSE NUNES CANISIO
Rotelro: 01-800-070-0222
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 22/06/2017

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





COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

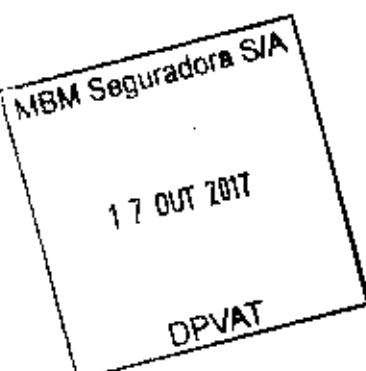
068.297.075-10

Nome

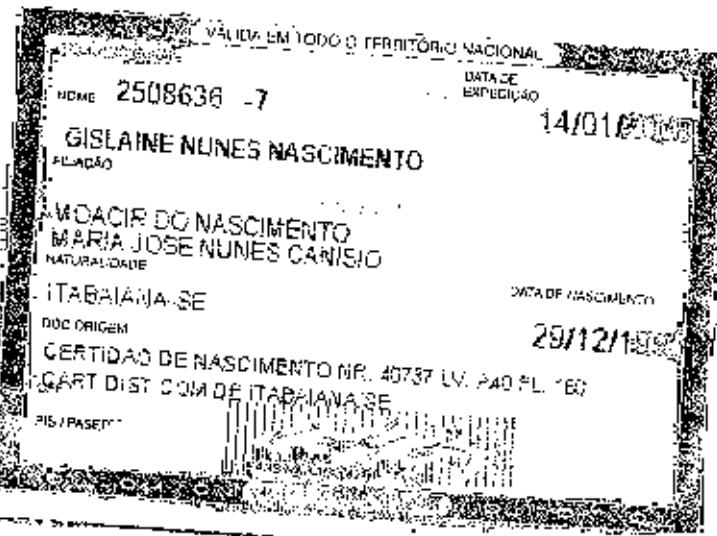
GISLAINE NUNES NASCIMENTO

Nascimento
29/12/1995

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO.



(79) 99886-8742.



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 PERNAS, FORÇA MUSCULAR DA PERNAS DIMINUÍDA (++/+5), PRESENÇA DE CALO ÓSSEO DE MODERADO VOLUME EM 1/3 DISTAL DA PERNAS, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E JOELHO, ATROFIA LEVE DA PANTURRILHA POR DESUSO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSAO, 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:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS	
DETRAN - SE	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VEÍCULO	Nº. REGISTRO
PLACA	EXERCÍCIO
1 00212063740	0000000000 2017
NOME	
REINALDO MOURA DE JESUS	
CPF / CNPJ	
922.466.725-20	
PLACA MTF	PLACA
IAN4712/SE	IAN4712
CHASSI	MARCA / MODELO
IAN4712/SE	HONDA / CG150 TITAN MIX KS
CAP / PTO / GL	ANO FAB.
2P / 14CV / 149CC	2010
CATEGORIA	ANO MÓD.
ALUGUEL	2010
COR PREDOMINANTE	
VERMELHA	
COTA ÚNICA	
VENO. COTA UNICA	
VENC. COTAS	
FAMA LEVA	
PAGAMENTO / COTAS	

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOP (R\$) - PRÉMIO TOTAL (R\$)	
SEGURADO PAGO REF. AO EXERCÍCIO 2017	
DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES	
SEM RESTRIÇÕES	
LOCAL	DATA
ITABATANA - SE	24/02/2017
DATA DE PAGAMENTO	
24/02/2017	
SEGURADORA LIDER - DPVAT	
CNPJ 05.310.096/0001-04	

17/02/2017

CONTRAN

DPVAT

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

SE Nº 013267396426 - 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 DATA EMISSÃO
2017 24/02/2017

VEÍCULO	CPF / CNPJ	PLACA
**	922.466.725-20	IAN4712
RENAVAM	MARCA / MODELO	CHASSI
212063740	HONDA / CG150 TITAN MIX	9C2KC1610AR028807
ANO FAB.	2010	2010
COTA ÚNICA	VENO. COTA UNICA	VENC. COTAS
FAMA LEVA	PAGAMENTO / COTAS	*****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOP (R\$) - PRÉMIO TOTAL (R\$)		
SEGURADO PAGO REF. AO EXERCÍCIO 2017		
OBSERVAÇÕES		
SEM RESTRIÇÕES		
LOCAL	DATA	
ITABATANA - SE	24/02/2017	
DATA DE PAGAMENTO		
24/02/2017		
SEGURADORA LIDER - DPVAT		
CNPJ 05.310.096/0001-04		

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

Valorização 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:

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Dorian Braga Saraiva".

**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 (++/++), 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, EVERSAO, 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 REINTERNA 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.

Manoel Otacilio Nascimento Júnior
NOME: Manoel Otacilio Nascimento Júnior
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 inicio 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,



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 inicio 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 n°: 11990615

A/C: GISLAINE NUNES NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3170558033
Vitima: 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%

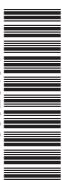
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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

Autenticação de pagamento

00147

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, Gislaine Nunes Nascimento

PORTADOR(A) DO RG N° 250.8636-7 EXPEDIDO POR SSP/ISF EM 16/01/2008
 CPF 068292075-10 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO desconhecida
 E RENDA MENSAL DE R\$ 00,00. (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Gislaine Nunes 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, ihativa 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.

MBM Seguradora S/A

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.

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 POUPIANÇA (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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Itapetininga - SP, 23 de Novembro

LOCAL E DATA

Gislaine Nunes 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 médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

