

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: 27/11/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JACKSON GOMES DA SILVA

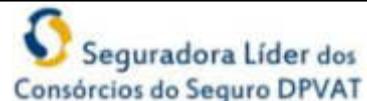
BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 00000029212-4

Nr. da Autenticação 873BAFFCE4A172B

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014930443 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACKSON GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 20/07/2014 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: POLITRAUMATISMO COM MÚLTIPHAS ESCORIAÇÕES E LESÃO NO JOELHO DIREITO. .

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DÉFICIT DE MOBILIDADE E INSTABILIDADE NO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM SUTURA DAS LESÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/11/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Allan Claudio Assunção -

CRM do médico: 5494

UF do CRM do médico: RN

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2014

Carta n°: 5836191

A/C: JACKSON GOMES DA SILVA

Sinistro: 2014930443
Vitima: JACKSON GOMES DA SILVA
Data Acidente: 20/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JACKSON GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 000000029212-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

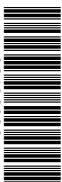
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

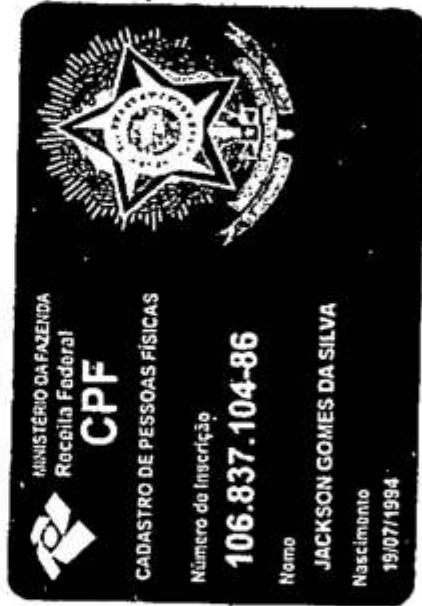
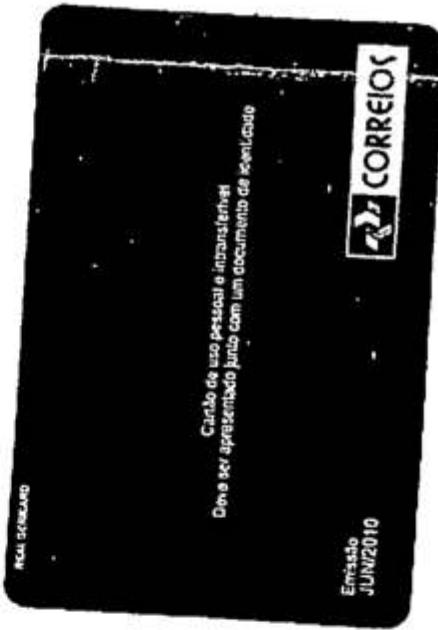
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



ARUANA

22 OUT 2014

Ass. _____



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL

SEGUNDO DISTRITO POLICIAL - 2º DP/MOSSORÓ

Rua Camilo de Paula, s/nº, Bairro Nova Betânia, Mossoró-RN, Tel.(0xx84) 3315-5592

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 2315/2014.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO.

LOCAL DO FATO: Sítio Alagoinha zona rural,Mossoro/RN.

DATA E HORA DO FATO: 20/07/14, por volta das 08:00h.

COMUNICANTE: Jackson Gomes da Silva.

ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Antonio Alcivan Alves da Silva,130,Alameda dos Cajueiros,Mossoro / RN.

FILIAÇÃO: Josenildo Josias Gomes e Solange Maria da Silva.

DATA DE NASCIMENTO: 19/07/94 ESTADO CIVIL: solteiro.

NATURAL: Mossoro / RN. SEXO: masculino.

OCCUPAÇÃO: Aux. de pedreiro.

DOCUMENTO: RG nº 3324068 SSP/RN TEL: (84)9970-7501

VÍTIMA(01): O comunicante.

NOTICIADOS(A):

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O comunicante informa que na data, hora e local supracitado, pilotava um ciclomotor Shineray Phoenix XY50Q – vermelha – 2010/2011 – chassi LXYXCBL08B0500552(em nome de Raimundo Avelino dos Santos,CPF 392613444-53),trafegando no sentido Mossoro/Alagoinha, quando sofreu uma queda após bater em uma pedra. Que o comunicante buscou atendimento no HRTM. Nada mais disse.

DATA E HORÁRIO DO REGISTRO: 01/08/2014, às 11:20h.

OBS: As informações constantes neste B.O. São de inteira responsabilidade do comunicante.

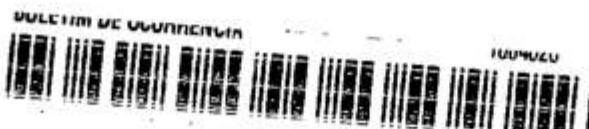
PROVIDENCIAS ADOTADAS: Registro do B.O.

Jackson Gomes da Silva

ASSINATURA DO COMUNICANTE

Cid Ney Fernandes Celis

Apc Cid Ney Fernandes Celis
Mat. 108.172-1



ARUANA

22 OUT 2014

Ass. _____



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Jackson Gomes da Silva D.N. 19/07/94 Idade:
Profissão: /39 - Cartão SUS N° _____
Endereço: Rua: Antônio Alcivar A. da Silva Bairro: P. das Lopas
Cidade: Mossoró U.F.: RN Fone: _____
Filiação: Mãe: _____ Pat.: _____

Data: 20/07/14

Hora: 19:02

A.C.R.

VERDE

1- QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.)- HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

O paciente descreveu que sentiu
dor no lado direito da coxa.
O dor é súbito e intensa.
devido ao esforço.

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR



1004

2- EXAME FÍSICO

Corpo em repouso
fazendo contatos com o lado
direito.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 20/07/2014

BIAU ARUANA

3- HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

SAME / ARQUIVO

22 OUT 2014

O paciente sente dor na coxa

Ass.

4 - CONDUTA MÉDICA

Data:

02/04/2010 Hora: 10:00 AM
 02/04/2010 Minutos: 00 Segundos: 00

ESTRUTURA DE ATENDIMENTO

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
29/03/2010 14:45	(66) 29/03/2010 + enz 100 mg	(66)		
01/04/2010 14:45	Frig. S. 200 ml → falta			
29/03/2010 14:45	Oral.			
	1 litro de 20% de Dextrose			
	Dr. Paulo Roberto Mello			
	CRM-RJ 245			
	CPF 105.302.760-00			

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)**7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO** ALTA DO PRONTO SOCORRO INTERNAÇÃO HOSPITALAR TRANSFERÊNCIA OUTROS (Descrever)

Observações:

Ata: / /

Hora:

Identificação Médica



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esse sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jackson Gomes da Silva, PORTADOR (A) DO RG Nº 003.324.068
 EXPEDIDO POR SSP RN EM 22/05/2014. E CPF/CNPJ 106.837.104-86 PROFISSÃO Aux. Pedreiro

RENDA MENSAL DE R\$ 720,00, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO /REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA: Jackson Gomes da Silva AUTORIZO A SEGURADORA

A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as reguladoras 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.

conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consultar ao site da RECEITA FEDERAL – www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAMOS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-CORRENTE _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO BRADESCO

BANCO 237 – AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO BRASIL

BANCO 001 – AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO ITAÚ

BANCO 341 – AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 – AGÊNCIA 3064 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA 99212-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUANDO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ARUANA

LOCAL: Ilheus - RN - DATA 18/09/2014

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO Jackson Gomes da Silva

22 OUT 2014

ATENÇÃO

- O seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse WWW.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 1204.