

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: 19/02/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIVAN JOSE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000066610-9

Nr. da Autenticação 03506A28EC21A5D6

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2013/026825**
Vítima: **ELIVAN JOSE DE LIMA**
Local: **PE-BEZERROS**
Data do Acidente: **11/10/2012**

Avaliação do Medico Perito Legista

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

- a) ☒ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

TORNOZELO DIREITO

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.

FRATURA DO TORNOZELO DIREITO- TRATAMENTO CONSERVADOR.

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

TORNOZELO DIREITO- LIMITAÇÃO ÁLGICA DA FLEXO-EXTENSÃO.

V.Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico

1ª Lesão

TORNOZELO DIREITO

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - GARANHUNS, 15/02/2013

Médico Perito:

Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890

Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional

Dores Mendes

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.338.718 DATA DE EXPEDIÇÃO 16.01.1990

NOME ALVANI JOSÉ DE LIMA

A. NOME Pedro Batista de Lima
Arbrozina Maria de Lima

NACIONALIDADE Bezerros PE DATA DE NASCIMENTO 12.06.1972

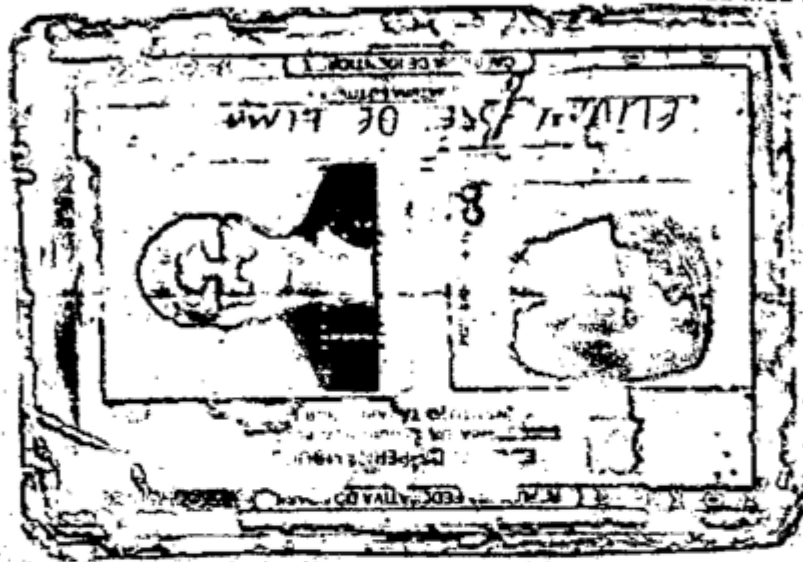
DOC BRDEM C.H nº 7011 L.A 07 F 97v - Cart de Bezerros PE

ASSINATURA DO DIRETOR

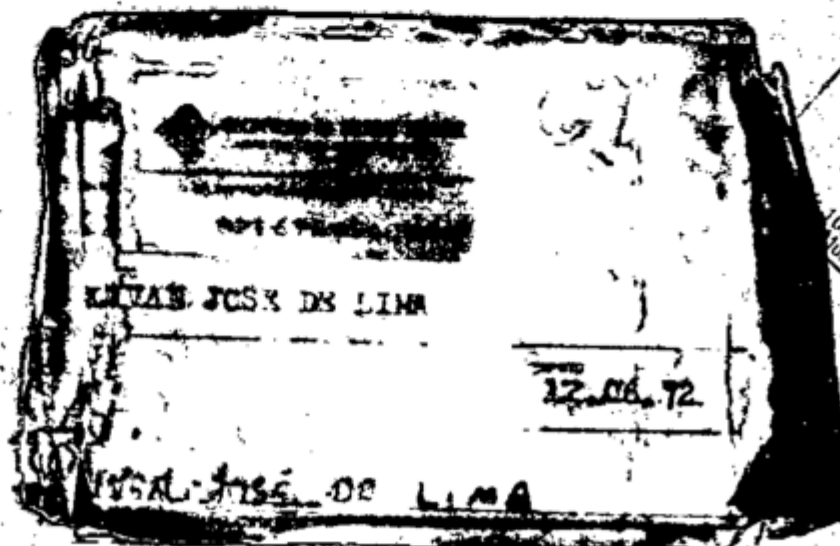
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



EXCELSIOR SEGUROS
11 JAN. 2013
SEGURO DPVAT.



SAFE SEG SERVIÇOS
14 JAN. 2013
10-494-859/0001-58
Municipal: 402.089-3

28
2011

EPF: 828.676.054-04



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 821.676.054-04

Nome da Pessoa Física: ELIVAN JOSE DE LIMA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **17:57:08**: do dia **11/01/2013** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **5826.244D.4ADF.1B5D**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria
endereço www.receita.fazenda.gov.br. (<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/>

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.





Prefeitura Municipal de Bezerros
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista São José



FICHA DE EMERGENCIA

Registro: 490.898

DN: 12.06.72

Data: 11.01.2013 Hora: 10:59 Cartão SUS:
Nome: Elian de nome
Nome da Mãe: Aurazina para de nome Nº 69
Rua: 08 Cidade: Pz
Bairro: colaba
H.D.A. fustura de mola
Quase de mola

Exame Físico:

DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR

1004031



Hipótese Diagnóstico:

MR:

PA:

Temp.:

Pulso:

Conduta:

Amoço de 1.5 de 1.5
Volta para o trabalho

OBS.: Se consulta com observação, preencher verso

SAFE-SEG-SERVIÇOS
14 JAN. 2013
CNF-J: 10.464.853/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

EXCELSIOR SEGUROS
11 JAN. 2013
SEGURO DPVAT

OBSERVAÇÃO / REAVALIAÇÃO / CONDOTA / MEDICAÇÃO

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO
☐ Consulta simples ☐ Consulta c/ Observação ☐ Indicação (internamento)	☐ Melhora ☐ Solicitada ☐ Transferência ☐ Indisciplina ☐ Óbito	Data: ____/____/____ Hora: _____
Data: <u>11/10/12</u> Hora: _____		



INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO E REFERÊNCIA EPIDEMIOLÓGICA
 IDRE - CPM/MS
 SECRETARIA DE SAÚDE - CPM/MS
 SOFIA - CREMEPE
 Carimbo

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 091A. CIRCUNSCRICAO - BEZERROS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 12E0181002246



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 24/12/2012 às 16:01

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Deloso (Consumado) que aconteceu no dia 11/10/2012 no periodo da Manhã

Fato ocorrido na endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, VIA LATERAL DA BR 232, BEZERROS - Bairro: SAO PEDRO - Município: BEZERROS - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
WEDNA MARIA DE OLIVEIRA (OUTRO)
ELIVAN JOSÉ DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ELIVAN JOSÉ DE LIMA



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

(VITIMA) - ELIVAN JOSÉ DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: AMBROZINA MARIA DE LIMA, Pai: PEDRO BATISTA DE LIMA Data de Nascimento: 12/8/1972; Nacionalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 4338718/SSP/PE (RG), 82187608404 (CPF) Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO;
Profissão: AGRICULTOR(A); Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, RUA OITO, N° 18, BEZERROS, 8, COHAB, BEZERROS, PERNAMBUCO, BRASIL
Endereço Comercial: NAO INFORMADO
Dados Comerciais: NAO INFORMADO

(OUTRO) - WEDNA MARIA DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: NAO INFORMADO; Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: NAO INFORMADO; Nacionalidade: NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO
Documentos: 04953857450 (CPF) Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO;
Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO
Endereço Residencial: NAO INFORMADO
Endereço Comercial: NAO INFORMADO
Dados Comerciais: NAO INFORMADO

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): WEDNA MARIA DE OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): ELIVAN JOSÉ DE LIMA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / HONDA / POP 100 - Objeto apreendido: Não - Número de Série: NAO INFORMADO
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NAO INFORMADA) Valor Unitário: (MOEDA NAO INFORMADA)



Placa: KAJ7882 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO) Renavam: 983777238 Chassi: 9C2HB02102R028840
Ano Fabricação/Modelo: 2008 / 2008

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA UNIDADE POLICIAL A VÍTIMA EM TELA E DECLAROU QUE CONDUZIA PELA VIA LATERAL DA BR 292, PRÓXIMO AO POSTO DE MARU, A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA. E NA CURVA DO "S" SEGUNDO O QUEIXOSO, AO LIVRAR UM BURACO, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E TOMBOU COM A MESMA. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES E LEVADO A UNIDADE NESTA SÃO JOSÉ (REGISTRO N° 490.899), COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA, CONFORME FICHA DE EMERGÊNCIA DA REFERIDA UNIDADE DE SAÚDE.

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

ELIVAN JOSÉ DE LIMA
(VÍTIMA)

B.O. registrado pelo policial: YVSON KELSEY S. ROCHA WANDERLEY - Matrícula: 221710-4



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO (CRÉDITO)
- SEGURO OBRIG /**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039

Nº DO SINISTRO _____

(CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do(a) beneficiário(a) 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, ELIVAN JOSE DE LIMA

PORTADOR / A DO RG Nº 4.338.718 EXPEDIDO POR SSPIPE EM 16/01/2013 CPF / CNPJ

Nº 821.626.054-04 PROFISSÃO AGRICULTOR E RENDA MENSAL DE R\$ 622,00

NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA ELIVAN JOSE DE LIMA

AUTORIZO A SEGURADORA EXCELSIOR

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

Dados pessoais incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

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

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA CORRENTE _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

(X) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 2102

Nº CONTA POUPANÇA 66610-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / 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.

LOCAL BEZERROS / PE

DATA 10/01/2013

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) ELIVAN JOSE DE LIMA

ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante: indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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 6194/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido de indenização, acesse www.dpvat.com.br ou ligue (21) 4009-1708, de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h.

- A Circular Susep nº 360/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a consultar cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca de profissão e de fonte de renda mensal.

2192 013 66610-9

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Obs.: Em breve você estará recebendo o seu
Cartão magnético de Poupança

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101

Reclamações,
sugestões e elogios.

0800-726 2492

Atendimento a pessoas
com deficiência auditiva
ou de fala

0800-725 7474

Ouvidoria

07 159 v004

SAFE SEG SERVIÇOS
14 JAN. 2013

CNPJ: 10.494.858/0001-58
Inscrição Municipal: 402.059.3

EXCELSIOR SEGUROS
11 JAN. 2013

SEGURO DPVAT.