



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE IPUBI/PE

Processo n.º 00000778420148170740

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GIBSON RODRIGUES ALVES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., ratificar a necessidade da produção da prove pericial.

No mais, requer a juntada dos inclusos documentos que comprovam o pagamento efetuado em sede administrativa.

Por fim, requerer o prosseguimento do feito.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

IPUBI, 14 de abril de 2021.


ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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:

DANOS

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

Valor avaliado: 2.531,25

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

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

Resultados SUBMETIDO A CIRURGIA. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

Sequelas permanentes:

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:

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 DAS SILVA MUDO

 DATA: 30/09/2012
 Nº DA OCORRÊNCIA:

NOME: GILSON RODRIGUES ALVES

RESIDÊNCIA: R. DOM PEDRO II 22

TEL.:

RESP.

RESIDÊNCIA:

TEL.:

CONDIÇÃO		NASCIMENTO		NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
<input checked="" type="checkbox"/> SEGURADO	<input type="checkbox"/> FILHO	2.5		<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO	Nº. 2005032015382	
<input type="checkbox"/> ESPOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS	09/09/86		<input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO		
SEXO		PROFISSÃO		<input type="checkbox"/> U.F.	ÓRGÃO EMISSOR	
<input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO		MOTORISTA			SSP-CE	
PACIENTE CHEGOU	AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO			
<input type="checkbox"/> ANDANDO	SAÍDA	CHEGADA		<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO		
<input checked="" type="checkbox"/> DE AUTO		7-23-16 H MIN.	<input type="checkbox"/> CASO POLICIAL		
<input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	CHEGADA	SAÍDA				
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	EXAMES COMPLEMENTARES			
MÁX.	MÍN.	AXILAR	RETAL			
CAUSA PROVAVEL DA LESÃO - QUEIXA PRINCIPAL EXAMES FÍSICOS - SINAIS - SINTOMAS 						
TRATAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> DISCUFERMA 						
 06 MAIO 2013						
PÁGINA 02						
DESTINO DADO AO PACIENTE <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNADO ENCAMINHADO _____ REMOVIDO _____						
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <input type="checkbox"/> FUTUROSEG <input type="checkbox"/> AVULSA?						
ÓBITO ÀS ____ / ____ / ____ H ____ MIN. DO DIA 						
LICENÇA CONCEDIDA DIAS 						
ENCAMINHADO DO I.M.L. () ASSINATURA: CARIMBO - CRM / CRO						

Nome completo da vítima

WILSON RODRIGUES ARAUJO

Número do sinistro

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

Data do acidente:

30/09/12

Data do inicio do tratamento médico:

30/09/12

Nome completo e CRM do médico:

JANILSON BARROS DE SÁ CRM 20254

Lesões resultantes do acidente: Fratura / luxação / contusão - braço direito

Dados resumidos dos tratamentos realizados (datas): 5 visitas médicas / consultas

Em 20/10/12 em sua clínica

Existe algum defeito físico ou doença pré-existente? [] sim [X] não

Com relação a invalidez pode-se concluir que:

[] A invalidez é temporária portanto passível de recuperação significativa ou de cura.

[X] 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 ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º

2º

3º

4º

5º

Afirmo que assisti e/ou avaliei a vítima no periodo de 30/09/12 - 20/10/12 que as respostas acima, são completas e verdadeiras.

SIM

LOCAL

DATA

Janilson Barros de Sá
Médico
CRM/RJ 20254

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA

FUTROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

06 MAIO 2013

PÁGINA 08

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTERA/NACIONAL DE HABILITAÇÃO

GIBSON RODRIGUES ÁLVES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. PRÓDOR : UF
2005032015382 88P CE

OP. DATA NASCIMENTO
010.143.824-03 09/09/1986

RESA
FRANCISCO RODRIGUES DE
SOUZA
RÚPINA ISABEL DE SOUZA

PERIODICO
CAT. MAR
AD

Nº REGISTRO 03634643690 VALIDEZ 17/07/2013 1ª HABILITAÇÃO 07/07/2005

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
023295645

PRODUTO PLASTIFICAR

DESCRITIVO
APTO PARA TRANSPORTE REMUNERADO

Assinatura: Gibson Rodrigues Álvares

TERESINA, PI
DATA EMISSÃO
30/07/2008

Assinatura: Jucilene Oliveira

DETTRAN/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 Vítimas do Seguro DPVAT

Informações do Acidente

Sinistro: 2013271110

Nome da Vítima: Gibson 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?

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: Não Sim.

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

b) Exames Complementares: 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) 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 suscetível(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 integra 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 Medico: 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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

PLACA	DATA DE VENCIMENTO	DETAN-PE	EXERCÍCIO
430073569	2011		2011
NOME JOSIMAR ALVES DA SILVA			

IPUBI-PE

PLACA	PEJ9251	
903JC4110CR476223	CONSISTÊNCIA	
GASOLINA		
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MFG.
HONDA/CG 125 FAN KS	2011	2012
CATEGORIA	PLACA	MARCA / MODELO
P/PIV/C	PEJ9251	HONDA/CG 125 FAN KS
2B/124CL		903JC4110CR476223
COTA CICLO	VENC. COTA UNICA	VENC. COTA AS
IPVA '2011 QUITADO	*****	*****
FAL/IPVA	PARCELAGEM/COTAS	
A 1	*****	*****
PRÉMIO TARIFÁRIO	DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES		
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA		

IPUBI-PE
23/01/12
Maria de Fátima Bezerra R. Costa
DIRETORA Presidente DETAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÍCULOS
MOTORIZADOS TERRESTRES DIFERENTES DA CAPITAL APRESENTE
TRANSMITIDAS AO LIVRO SEGURO DPVAT

PE Nº 9172388116 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2011

079.656.734-44 PEJ9251

JOSIMAR ALVES DA SILVA

IPUBI-PE BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 9172388116 EXERCÍCIO 2011 DATA EMISSÃO 23/01/12

079.656.734-44 PEJ9251

RENAVAM 430073569 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2011 CÓDIGO 09 903JC4110CR476223

PRÉMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) JUIZADO FEG SEGURADORA

PAGAMENTO DATA DE GUITAÇÃO

COTA UNICA PARCELAGEM

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09 340 608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

NÃO É DE PORTA ORTIGÁTORIO

OUTROS

1000059

200/003440/2013/001

2013/271110

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 TÉCNICA

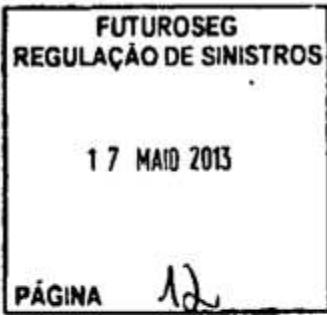
AOS CUIDADOS :SONIA FARO - CADASTRO PARCIAL DEP 008

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

Rua Carlos Dietzsch, 391 - Portão - CEP 80330-000 - Curitiba - PR

Fone/Fax: (41) 3092-3094 (41) 3019-3095 (41) 9948-2122

www.futuroseg.net.br

15:12 07/05/2013 070908 SISTEMA DE CADASTRO DE SINISTROS

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) à serem encaminhados a Recall, deverão seguir com os seus respectivos capeantes anexados.

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

Sinistro(s)	Cad. Anterior
2013/269578	386210/2013
2013/269481	387149/2013
2013/271110	387662/2013

Vítima(s)
Emerson Henrique Coelho
Marcelo Ricardó do Carmo e Silva
Gibson Rodrigues Alves

Atenciosamente



Cristina Grasso
Gerente de Sinistro

P- 200/003418/2013-001, 200/003424/2013-001 e 200/003440/2013-001.

KS

Anexo: conf. texto

FUTUROSEG REGULAÇÃO DE SINISTROS
17 MAIO 2013
PÁGINA 13

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Qibson Rodnigues AlvesDATA DO ACIDENTE 30.01.12 CPF DA VITIMA 070.143.824-03PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO RG . 200532015382QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTE ESCO COM A VITIMA ÉENDERECO DO PORTADOR A. Dom Pedro II BAIRRO CentroNº 514 COMPLEMENTO CEP 55.000-000CIDADE Ipobi UF PEE-MAIL TELEFONE (88) 3285 2705

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) NALIPOSSIBILDE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRMA A INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AVALIAÇÃO DEFINITIVA. BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTO DE AVENTO QUE CONFIRME OS DADOS BANCARIOS, TALIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTAO BANCARIO

06

MAIS

2013

AN

M

E

M

A

S

A

N

I

N

A

M

E

S

FUTROSEG - DEP. 008

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DA VITIMA (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 CUITADAS SIMPLÉS E LEGÍVEL) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMACIA COMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITARIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCARIOS, TALIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTAO BANCARIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

 CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOLIVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOLIVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOLIVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

 Morte - R\$ 11.500,00 INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74, VALORES DE INDENIZAÇÃO DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORTE 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 FORMULARIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSPITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 912 1264

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

 CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOLIVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOLIVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOLIVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº DO SINISTRO

EU. Gibson Rodrigues Alves PORTADOR (A) DO
 RG N° 200532015382 EXPEDIDO POR SSP/CE EM (DATA) _____ E
 CPF 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 A
 SEGURADORA 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 11.040-2

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

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

Juazeiro do Norte-CE; 10.04.2013
LOCAL / DATA
Gibson Rodrigues Júnior
ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)

ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 204A. CIRCUNSCRICAO - IPUBI**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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 - Culposo (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: 07/01/1986; Naturalidade: NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO

Documentos: 2008032016382/SSP/CE (RG), 07014382400 (CPF), 03634643690 (CNH) Estado Civil: NÃO INFORMADO; Endereço: NÃO INFORMADO; Profissão: MOTORISTA; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: NÃO INFORMADO

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE IPUBI, 22, RUA DOM PEDRO II, B. CENTRO, 55000-000, CENTRO, IPUBI, PERNAMBUCO, BRASIL
Endereço Comercial: NÃO INFORMADO

Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

06 MAIO 2013

PÁGINA 04

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: 438073569 Chassi: 9C2JC4110CR478223

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 QURICURI, NADA MAIS A DECLARAR. VALE RESSALTAR QUE O VEÍCULO

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

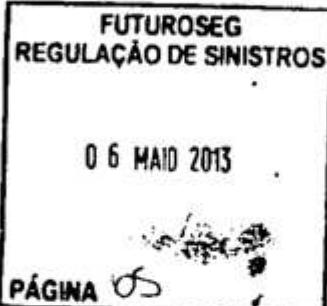
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Gibson Rodrigues Alves
GIBSON RODRIGUES ALVES
(VITIMA)



B.O. registrado pelo policial: WALDIR FERREIRA GUEDES DE OLIVEIRA - Matricula: 1303511

Waldir F. R. de Oliveira
Waldir F. R. de Oliveira
Comissário de Policia
Mat. 130.351.1



ECT - EMP. BRAS. CORREIOS E TELEGRAFOS
00423944 - AGF BAIRRO DE SAO JOSE
RUA 24 DE MAIO, 59, SANTO ANTONIO
RECIFE - PE - 50020-970
CNPJ: 41013483000146 - IE: ISENTA
DATA: 16/04/2021 HORARIO: 16:06

OPERADOR 202 - EDELANIA MARTINS
ATENDIMENTO NUMERO: 0042
JOAO BARBOSA ASSESSORIA JURIDICA
CEP: 52020-060 CODIGO: 000350000
CNPJ: 08.734.949/0001-27

COMPROMISSANTE DO CLIENTE
QB147915123BR - SEDEX SEDEX A VISTA PROT.
DEST: UNICA VARA CIVEL COMARCA IPUBI
CEP: 56260-000-IPUBI-PE

DIMENSOES (cm): 1,0 x 10,0 x 15,0

PESO CUBICO (g): 25

PESO (g): 170 PRECO: 25,80

VALOR DECLARADO NAO SOLICITADO. NO CASO DE OBJETO COM VALOR, FAÇA SEGURO, DECLARANDO O VALOR DO OBJETO

PROC NY 00000778420148170740

ANOTACOES:

TOTAL:	1	25,80
--------	---	-------

VALOR A PAGAR	25,80
VALOR RECEBIDO	25,80
TROCO	0,00

SITE:WWW.CORREIOS.COM.BR CAC 3003-0100