



Seguradora Líder • DPVAT

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 esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jose Roberto MadeiraPORTADOR(A) DO RG Nº 1128399-86 EXPEDIDO POR SSP-CE EM ____/____/____ ECPF 363133273-49 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ 300 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Roberto, 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

*1004039



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\$2000,00;
- 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 consulta 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 (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

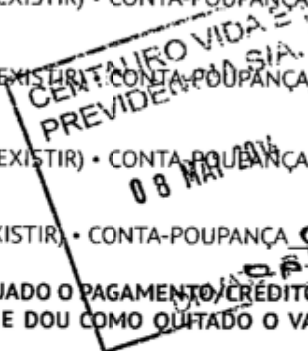
☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO 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 0385 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 068530-6

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



LOCAL _____ DATA ____/____/____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Jose Roberto Madeira

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 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - ag. ibiapaba

DATA: 18/04/2014

HORA: 14:10:03

TERMINAL: 07851015

CONTROLE: 078510150054

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 0785 / IBIAPABA

CONTA : 013.00.066.459-7

NOME : ANTONIO FABIO DE ARAUJO

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 0785 / IBIAPABA

CONTA : 013.00.068.530-6

NOME : JOSE ROBERTO MADEIRA

VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 18/04/2014

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO.O CREDITO
NA CONTA DE DESTINO SERA EFETUADO APOS O
PROCESSAMENTO DA TRANSACAO

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



**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): Jose Roberto Madeira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Prof Joao Viana, 97
Centro Viçosa do Ceará CE CEP: 62300-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 112839986
Data local do exame: [02/06/2014] Tianguá [CE]

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)

PACIENTE APRESENTA CICATRIZ DE LESÃO EM MID, COM SUTURA.

- 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.

REALIZADO SUTURA EM CORTE EM MID.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

() Sim (X) 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.

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

(X) "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

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

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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Márcio Leonardo B. Veras
Médico
CRM 10269



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 387 / 2014

606218



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/04/2014 10:18:09**
Data / Hora da Ocorrência: **25/01/2014 14:00:09**
Endereço da Ocorrência: **R ASSEMBLEIA DE DEUS**
CENTRO TIANGUA /CE
Ponto de Referência: **HOSPITAL SÃO CAMILO**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE ROBERTO MADEIRA**
Nascimento: **20/06/1968**
RG: **1128299 86** Órgão Emissor: **SSP UF: CE** - CPF:
Filiação: **JOÃO BATISTA MADEIRA**
ANA MARIA DE ARAUJO
Endereço: **SIT INHARIM**
62300000
VICOSA DO CEARÁ CE BRASIL

Telefone:

Histórico

O noticiante compareceu a esta Unidade Policial para noticiar na data de 05/04/2014, por volta das 07:55h, guiava a motocicleta de Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES, cor: VERMELHA, placa NUZ2930, ano e modelo de fabricação 2010/2010, chassi 9C2JC4220AR408213, de propriedade de MARILENE VIEIRA DO NASCIMENTO, pelas proximidade Do hospital são Camilo, zona urbana de Tianguá-ce, quando, um animal cachorro entrou em sua frente e colidiu com o mesmo perdeu o controle da moto e veio a cair; QUE teve cortes profundo em sua perna direito; QUE foi socorrido no Hospital são Camilo em Tianguá-CE, onde recebeu atendimento médico especializado; QUE, até a presente data não conseguiu se recuperar plenamente das sequelas do acidente. Este B.O é para fins DPVAT. QUE nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando-se este termo por encerrado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

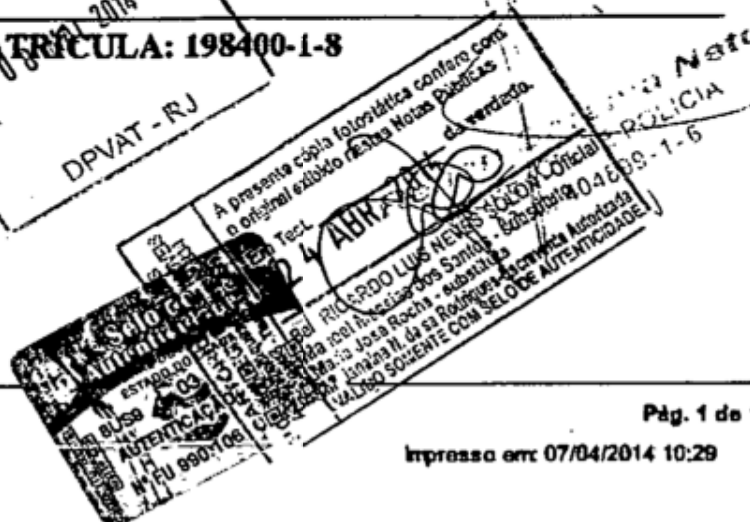
MATRÍCULA: 404724-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____

MATRÍCULA: 198400-1-8

DPVAT - RJ





Eu, Jose Roberto Madeira, portador da carteira de identidade nº 1120399-86 e inscrito no CPF/MF sob o nº 363.133.273-49 residente e domiciliado na R. Pro João Viana Cidade Vicosa Estado Ceará 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:

☒ 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.

Jose Roberto Madeira

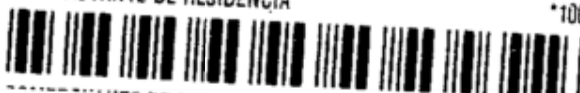
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data



COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040



003486



Nº de Inscrição:

68051239



Cagece

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE ROBERTO MADEIRA

End. Leitura: RU PRO JOAO VIANA, 97, CENTRO

Cidade: INHARIN

End. Entrega:

Cidade:

CEP: 62.300-000

Local: 196

Setor: 001

Quadra: 012

Lote: 0307

CEP: 60.000-000

Subsetor:

Subquadra:

Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A09F245129	637	659	22	11

DATAS

Leitura Atual: 09/12/2013

Emissão: 19/12/2013

Lacre Água: A09F245129

Leitura Anterior: 09/11/2013

Próxima Leitura: 08/01/2014

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUIDA REFERENTE A: 12/2013

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	30	30	10	30	30
Analisadas	30	30	10	30	30
Em conformidade	30	30	10	30	30

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONSTATAMOS DEBITO DE R\$ 22,72 CASO PAGO, DESCONSIDERAR.
DEVIDO A FALTA DE CHUVAS FAÇA USO RACIONAL E/ ECONOMIZAR AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

AGUA
JUBQS DE 0,033% AO DIA
MULTA DE 2%

Valor (R\$)

50,79

0,25

0,40

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
12/2012	16	0
01/2013	20	0
02/2013	15	0
03/2013	13	0
04/2013	14	0
05/2013	13	0
06/2013	12	0
07/2013	13	0
08/2013	12	0
09/2013	15	0
10/2013	12	0
11/2013	13	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

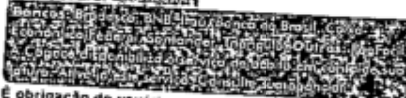
Descrição	Valor (R\$)
PIS	1,54
COFINS	0,30

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
Valor do Serviço	54,55
Subsídio(-)	3,11
Total de Serviço	51,44

MÊS/ANO
12/2013VENCIMENTO
07/01/2014TOTAL A PAGAR (R\$)
51,44

QUADRA DE FATURAMENTO



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria: Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará

CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A.

08 MAI 2014

DPVAT - RJ

CONTATOS

FÁBIO ARAÚJO

(88) 9927-3954 TIM

(88) 9404-4796 CLARO

E-mail: afavicoso@gmail.com

Unidade de atendimento - EMERGENCIA

Prontuário: 045300 Atendimento: 0003

Paciente: JOSE ROBERTO MADEIRA

RG : 112839986

Pai: JOAO BATISTA MASEIRA

Endereço: DISTRITO DE ANHARIN, SN

Bairro: INHARIN

Profissão:

Convênio: SUS

Cônjuge: N

Endereço: DISTRITO DE ANHARIN, SN

Data Atendimento: 25/01/2014 Hora: 14:07 CID:

Médico: JORGE HENRIQUE AZEVEDO PINTO

Tipo Atendimento: CONSULTA COM PROCEDIMENTO

Indicador de Acidente:

Observação:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Data Nascimento: 20/06/1968

Idade: 45 Ano(s)

Mãe: ANA MARIA DE ARAUJO

Telefone: 88.92824882

CEP: 62308-000

Município: VICOSA DO CEARA

UF: CE

Empresa:

Matrícula:

Responsável: JOSE ROBERTO

Município: VICOSA DO CEARA

UF: CE

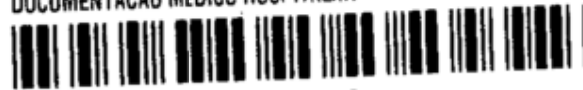
Sala:

CRM/UF: 12413/CE

Funcionário: DIOGO DE ALENCAR MUNIZ

CPF do Responsável:

DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR



*10040

SUMÁRIO DE HISTÓRIA

M I D



Dr. J. Henrique A. Pinto
CRM: 12413
Médico

JORGE HENRIQUE AZEVEDO PINTO - CRM: 12413

Paciente

seguir

acidente

matrícula

diagnóstico

seguir

lesão

costo.

costura

Assinatura Paciente/Responsável

CENTAURUS DA PREVIDENCIA S/A

08 MAI 2014

em M J

DE 19 - RJ

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VITIMA:

JOSE ROBERTO MADRUGA

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

25/01/14

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

25/01/14

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

MARCEL PITA CRM 10671

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

- LESÃO EM MTD, COM PERDA DE SUBSTÂNCIA JUNTO
QUINTA METACARPO

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

- LIMPEZA MECÂNICA DA REÇÃO
- SUTURA DA REÇÃO
- ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
CASO POSITIVO DESCREVER:

☐ SIM

☒ NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º PERDA DE SENSIBILIDADE REÇÃO QUINTA COM TUDO DE

2º 30% (TRINTA)

3º

4º

5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

TIANGUA

LOCAL

30, 04, 14

DATA

Dr. Marcel Pita
Ortopedista
CRM 10671
ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

CENTAURO VIT
PREVIDENCIA S/A

ASSINATURA DA VITIMA

08 MAR 2014

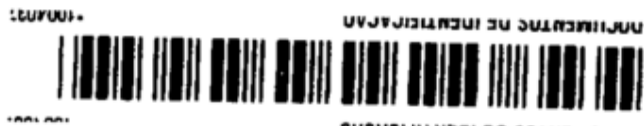
DPVAT - RJ

DPVAT - RJ
08 MAI 2014
JUNTA VDAE
INTECIA S/A

Jose Roberto Madeira



INSTITUTO DE EQUIPAMENTOS
E MATERIAIS DE DEFESA



DOCUMENTO DE IDENTIFICACAO

27/11/98

JOÃO BATISTA MADEIRA

Flávio

Ante Maria do Araújo

Quatiguaba

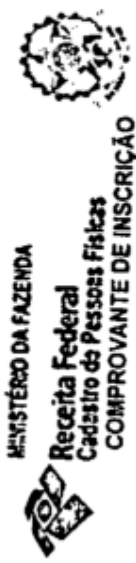
20/06/68

DATA DE NASCIMENTO

360.115.981936-1

DOC ORIGIN

239. V. Cartório de Quatiguaba.



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
363.133.273-49

Nome
JOSE ROBERTO MADEIRA

Nascimento
20/06/1968

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
7222.7B5E.29F8.0F29

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pelo
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:04:27 do dia 19/10/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



OUTROS



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 606218

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			Placa NUZ-2930/CE	
Nome da Vítima JOSE ROBERTO MADEIRA			Natureza 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 20/06/1968	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 363.133.273-49	Data Ocorrência 25/01/2014

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

() Certidão Nº 570-387/2014 da autoridade policial sobre a ocorrência;

() DUT Nº _____ () _____ () _____

() RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários					
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
JOSE ROBERTO MADEIRA	Vítima	VITIMA	20/06/1968	62300-000	363.133.273-49

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações.:

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____

Data ____/____/____

Local da Entrega _____

Data ____/____/____

Beneficiário _____

Centauro



Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402

Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014349332	Cidade: Inhamuns	Natureza: Invalidez
Vítima: JOSE ROBERTO MADEIRA	Data do acidente: 25/01/2014	Emissor do parecer: Juliana Sena de Oliveira
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	Prestadora: Visão Médica Ltda	CRM do médico: 441219

PARECER

Data da análise:	19/05/2014
Valoração do IML:	0,00
Perícia médica:	Sim
Diagnóstico:	TRAUMA EM MI DIREITO
Resultados terapêuticos:	A ESCLARECER
Sequelas permanentes:	
Sequelas:	
Conduta mantida:	
Quantificação das sequelas:	
Documentos complementares:	
Observações:	
Valor pleiteado:	13.500,00
Médico avaliador:	EDSON ANDRADE
UF do CRM do médico:	RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			
			Valor avaliado: 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014349332**Cidade:** Inhamuns**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JOSE ROBERTO MADEIRA**Data do acidente:** 25/01/2014**Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.**CRM do médico:** 10269

PARECER

Diagnóstico:	LESÃO EM MID
Descrição do exame médico pericial:	AUSÊNCIA DE SEQUELA DEFINITIVA
Resultados terapêuticos:	REALIZADO SUTURA EM CORTE EM MID
Sequelas permanentes:	
Sequelas :	Sem sequela
Data da perícia:	02/06/2014
Conduta mantida:	
Observações:	
Valor pleiteado:	13.500,00
Médico avaliador:	Márcio Leonardo Bastos Veras
UF do CRM do médico:	CE

DANOS

Dano	% Dimensão	Graduação
		Danos não definidos.

Valor avaliado: 0,00