

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: 31/10/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANAXMANDRO PEREIRA DE CASTRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00763

CONTA: 00000000138-5

Nr. da Autenticação 2409AC1D51154918

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL**DADOS DO SINISTRO**

Número: 2012447389	Cidade: Pau dos Ferros	Natureza: Invalidez
Vítima: ANAXMANDRO PEREIRA DE CASTRO	Data do acidente: 04/07/2012	Emissor do parecer: Lucia Antunes Chagas
Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A	Prestadora: IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA	CRM do médico: 951170

PARECER**Data da análise:** 25/10/2012**Valoração do IML:****Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** TRAUMA EM PÉ D**Resultados terapêuticos:****Sequelas** DANO FUNCIONAL EM PÉ D permanentes:**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:** Não**Quantificação das sequelas:** DANO L EVE EM PÉ D**Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** LUCIA CHAGAS**UF do CRM do médico:** RJ**DANOS**

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos pés	50	1	25

Valor avaliado: 1.687,50



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

- SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -

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, Anaxmannro Pereira de CastroPORTADOR / A DO RG N° 1.646.030 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 06/09/1995 CPF / CNPJ
Nº 028.379.464-00, PROFISSÃO Moto Taxí E RENDA MENSAL DE R\$ 622,00NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA Anaxmannro Pereira de CastroAUTORIZO A SEGURADORA Líder do Consórcio DPVAT

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

Dados bancários 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 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA CORRENTE _____

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

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

Nº CONTA POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

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

Nº CONTA POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

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

Nº CONTA POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALNº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 0763Nº CONTA POUPANÇA 013 138 5

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

LOCAL Pau dos Ferros DATA 09/10/12ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A Anaxmannro Pereira de Castro

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 6194/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomado por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse www.dpvat.com.br ou ligue (21) 4009-1709, de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h.

- A Circular Susep nº 380/08, 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.

RECEBIDO

18 OUT 2012

DELPHOS



RECEBIDO
03 SET 2012
DELPHOS



DECLARAÇÃO

Eu, ANAXMANDRO PEREIRA DE CASTRO, brasileiro, solteiro, capaz, portador (a) do RG. Nº. 1.646.030, CPF Nº. 028.379.464-00, declaro, para fins de correspondência junto ao DPVAT que o endereço é o abaixo descrito:

Nome: ANAXMANDRO PEREIRA DE CASTRO
Endereço: RUA ANTISTENES DIOGENES, 12
Bairro: CENTRO
Cidade: PAU DOS FERROS
UF: RN
CEP: 59900-000

Pau dos Ferros, 20 de agosto de 2012.


ANAXMANDRO PEREIRA DE CASTRO

RECEBIDO
03 SET 2012
DELPHOS



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 465 Km 03, Bairro Arezana - Paú dos Ferros - PB, Fone/fax: (84) 3431-9240

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: ANAXMANDRO PEREIRA DE CASTRO

TEL: _____ Nº REG: 251041

Nas: 18/11/1976 | 1-Masculino | Casado | MOTO TAX

Cert.nasc. _____ Título _____ CPF _____ RG _____ N° _____

Pai: MANOEL DE CASTRO FEITOSA

Mãe: ALZENI PEREIRA DE FREITAS

Endereço: ANTISTENES DIOGENES

12 CENTRO

PAU DOS FERROS

RN

Responsável:

Endereço do Responsável:

Serviço: Urgência / emergência

Enfermaria:

Leito:

Admissão: 4/7/2012

Horas admissão: 15:04

Data da Alta:

Horas da Alta:

Dados Clínicos: PA: mmHg Pulso: Bpm Temp: FR:

Alega Acidente de Trabalho

Sim

Não

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

1004031



História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

*Caída de moto -
Ferimento no joelho -
no pé (hallux)*

Lesões ou afecções encontradas

*Doenças e adesão no tén
jelo direito com ferimento
no pé (hallux)*

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Luxação esporta do hallux dir

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

*+
Fratura de tenuela dir*

Hora:

15:04

CRM

*Manoel Fernandes
Chefe de Setor em SAMU
NAT. 12/03/2001 - SEL. 04/27/2011*

*HOSPITAL DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE
AUTENTICAÇÃO
CONFIRMA COMO ORIGINAL
PAU DOS FERROS - RN 09/07/2012*

RECEBIDO
03 SET 2012
DELPHOS

BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

Re clofré D - APP e P
Pr Juv D - APP i P

CONDUTA:

- ① R.L- 1.000cc d. BT
- ② Aclofenac 250mg 1x1000
Ipe (2 horas) 15.00
- ③ SA 72 (M) - EL 196
- ④ Cefalotin 500 - EL (P)
- ⑤ Gomacano 800g e 12BD EL (P)
- ⑥ Fraldas do ortopedista.

*Manoel Porta de Guindas
Natal
Ney A7 R17 CRM 1000*

Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Data: 11/7/22 hora: _____

Destino: CI. Médica: CI. Cirúrgica: CI. Obstétrica: UTI Adulto: Pediatria:

Alta Médica: Alta a pedido: Alta a revelia: Transferencia: Óbito:

Médico / Carimbo:

RELATORIO MEDICO

Nome da Vitima: José Mariano 1. et (Assinatura) Data do acidente: 04 / 07 / 12

HISTORICO

1 - Condicão do paciente ao ser atendido

F. G. B.

1 - Lesão apresentadas

tadas / ferres fumas P RUMO 3 +
Lentes óculos MÁVRA PS 0

3 - Instrumentos que produziram a ofensa

2020-01-12

4 - Tratamentos realizados

? | Two reviews of
new s. literature: Martin
↓ | Thompson

Pierre

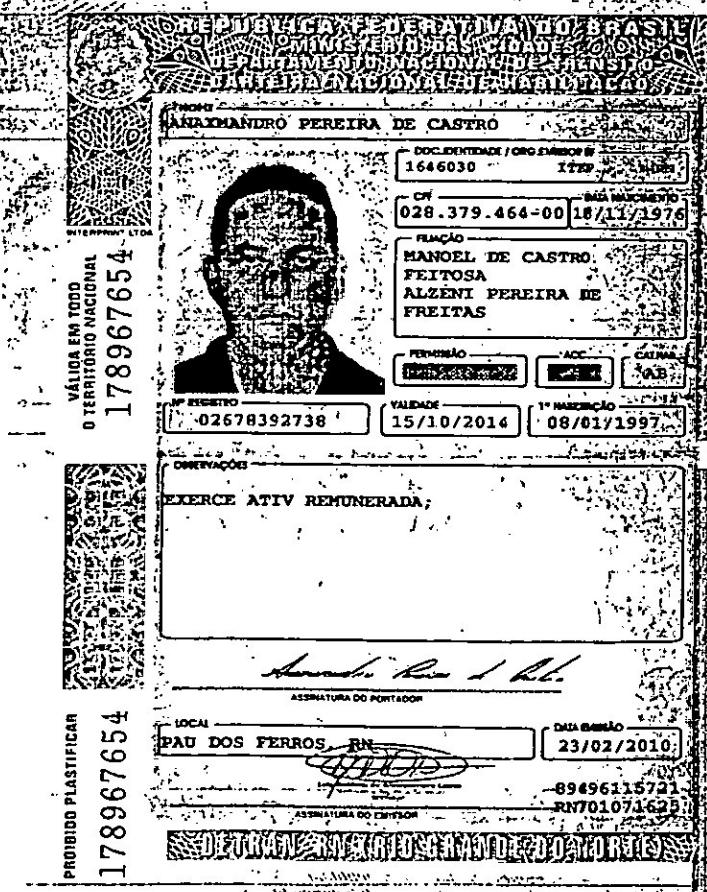
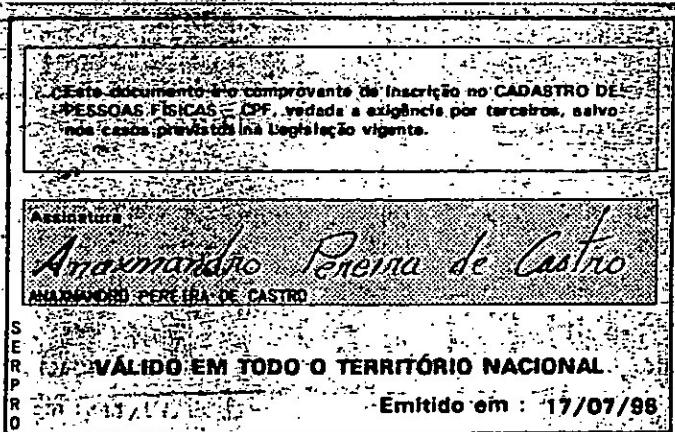
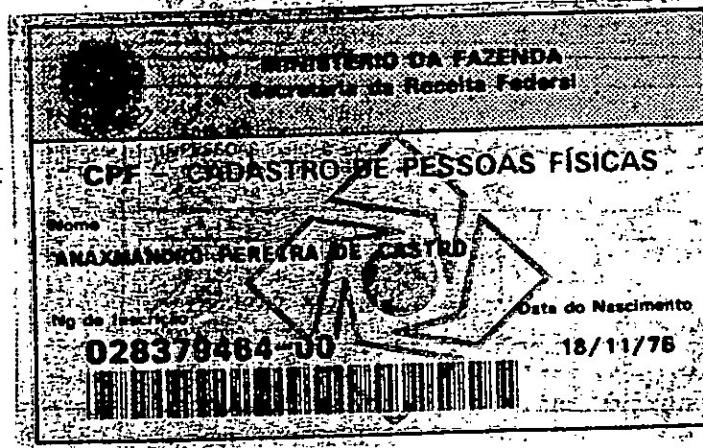
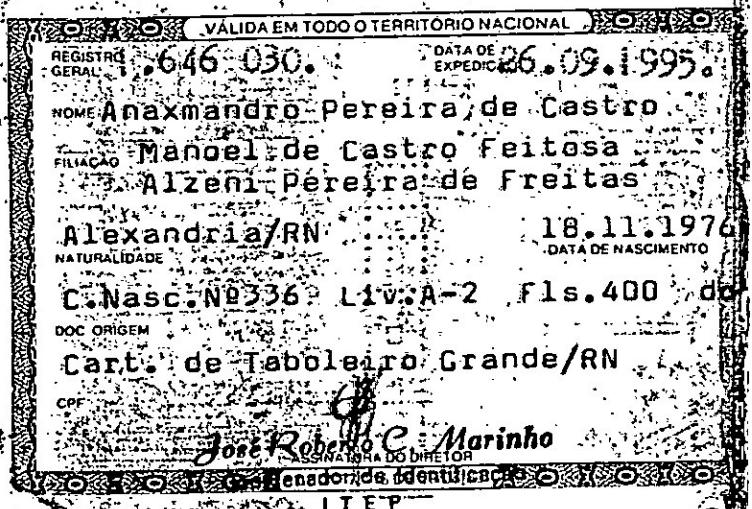
Local e-data

2408112

~~Dr. Emanuel J. Paula~~

Assinatura/carimbo/CRM

RECEBIDO
03 SET 2012
DELPHOS



RECEBIDO

03 SET 2012

ELPHIOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN N° 9542809277-
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	172385679		2012
NOME ANAYMANDRO PEREIRA DE CASTRO			
CPF / CNPJ		PLACA	
028.379.464-00		NNPB478	
PLACA ANT / UF	CHASSI	ANO FAB.	
NNPB478 / RN	902JC4120AR029015	2009	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE GASOLINA			
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA CG 125 K4N ED		2009	2009
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
0CV/124 CILINDRADAS		PARTICULAR	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
P	R\$ 0.00	15/06/2012	1º PAGO
V	FAIXA I.PVA.	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO
A	002843 SX	R\$ 811,66	3º PAGO
PRÉMIO TARIFÁRIO (RS) IOF (RS) PRÉMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO			
111 LICENCIAMENTO DETAN: PAGO 111 DPVAT:PAGO			
OBSERVAÇÕES ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 45.441.789/0001-54 ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL HONDA LTDA MOTOR/CJCA1E2XK2SDXES			
LOCAL: PAU DOS FEIROS/PE		DATA	
PAU DOS FEIROS/PE		22/06/2012	
EXPEDIDOR			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
E AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, À PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN N° 9542809277 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO	2012
CPF / CNPJ	028.379.464-00
PLACA	NNPB478

BILHETE DE SEGURO DPVAT

RN N° 9542809277 EXERCÍCIO 2012 DATA EMISSÃO: 22/06/2012

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	028.379.464-00	NNPB478
RENAVAM	MARCA / MODELO	
2009	HONDA CG 125 K4N ED	

ANO FAB.	CAT TARIF.	NO CHASSI
2009	9	902JC4120AR029015

PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (RS)	DENATRAN (RS)	CUSTO DO SEGURO (RS)	
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	TOTAL A SE PAGAR PELO SEGURO (RS)
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input checked="" type="checkbox"/> PARCELADO		

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

DUT

1004032



AUTENTICAÇÃO

A presente cópia é a
reprodução fiel do original.
L. M. R.

Fausto Feitosa - RN 16 AGO 2012

Fausto Feitosa - RN 16 AGO 2012
Técnico de 2º Ofício
CPF 117.237.693-04



RECEBIDO

03 SET 2012

ELPHOS