



Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2014

Carta n°: 5370125

A/C: ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS

Sinistro: 2014867195
Vitima: ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS
Data Acidente: 06/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **25/09/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **06/07/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2014

Carta nº: 5542091

A/C: ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS

Sinistro: 2014867195
Vítima: ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS
Data Acidente: 06/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2014

Carta n°: 5877890

A/C: ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS

Sinistro: 2014867195
Vitima: ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS
Data Acidente: 06/07/2014
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: ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000687-4

Conta: 000001006157-1

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%

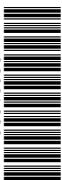
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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



CARTA PARA REMARCAÇÃO DE PERÍCIA

**EU, ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS, QUE REMARQUEM
MINHA PERÍCIA, TENDO EM VISTA QUE NÃO CONSEGUIRAM CONTATO. SEGUE
OS TELEFONES E ENDEREÇO ATUALIZADOS:**

ENDEREÇO: FZ MELANCIAS, S/N, IPIRANGA, BOA VIAGEM, CE, CEP: 63870-000

TELEFONES: (88)9902-5141 // 3427-2621

PROCESSO: 2014/867195

**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): **ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS** Sinistro: **2014867195** Data: **06/07/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **FAZ. MELANCIAS, S/N - IPIRANGA - Boa Viagem - CE - CEP 63870-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSPDS /CE**] **3290306-98**

Data local do exame: [**01/12/2014**] **Boa Viagem** [**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)
ENTORSE DO JOELHO ESQUERDO. FERIDA LACEROCONTUSA NA REGIÃO DA PATELA. HIPOTROFIA DE COXA LIMITAÇÃO DE 60 GRAUS DA FLEXÃO E CLAUDICAÇÃO

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 LIMPEZA SUTURA CURATIVOS E IMOBILIZAÇÃO 3 SEMANAS NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] 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.

PERDA FUNCIONAL MEDIA DO JOELHO ESQUERDO

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe 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. 310 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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

JOELHO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(**X**) 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

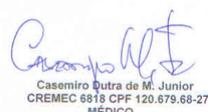
% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 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.


Casemiro Dutra de M. Junior
CREMEC 6818 CPF 120.679.68-27
MÉDICO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/12/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS

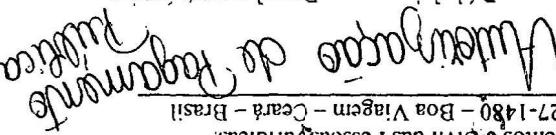
BANCO: 237

AGÊNCIA: 00687-4

CONTA: 00001006157-1

Nr. Autenticação

BRADESCO05122014050000000002370068700001006157168750 PAGO

	<p>SARTAM quantos este público instrumento de escritura declaratória virem que, ao(s) quatorze (14) dia(s) do mês de julho do ano dois mil e quatorze (2014), neste cidade de Boa Vista, sede da comarca do mesmo nome, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, neste Cartório, situado neste Ceará, República Federal do Brasil, Monsenhor José Cândido, nº 80, perante mim, 2º tabelião de Registros de Imóveis, de Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas, Praça Mons. José Cândido, 80 (Centro) - CEP: 63.870-000 - Fone/fax: (88) 3427-1480 - Boa Vista - Ceará - Brasil</p>
LIVRO 05, FLS. 273	
ESCRITURAS DIVERGENTES	
0014	
BEL. MANUEL VIEIRA DA COSTA - 1	
	
2º Ofício Notarial de Segurança Pública	

DPVAT/RJ

21 OUT 2014

SEGURADORA
MIBMI

Tenha uma boa tarde
Obrigado

8h às 18h, exceto feriados.
Atendimento de segunda a sexta-feira das
0800 727 9933

Atendimento 24 horas, 7 dias por semana
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
0800 704 8383
Dancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Alto Bradesco

Nem esperar pelo correio.
Sem pedir no balcao.
Seu talao de cheques em segundas.
Cheque Expresso Bradesco.

Nome: MARIA LOPEZ RODRIGUES MARTINS
Tipo/Conta: 00
Vita/Garoto: 01

Titular: ANTONIO RAIMUNDO DO N SANTOS

Conta 1006167-1
Agencia 0687 / BOA VIAGEM
Banco 237
Favoravel

Data 28/07/2014 Hora 14:44 Term 039766
N.Trans 7328 Banco 237 Agencia 0687
Conta 1005748-6 Valor 1,00

Transferencia - Pl/P/PL
BDN - Bradesco Dia e Note

BraDESCO Dia & Note



DPVAT/RJ
21 OUT 2014
SEGURADORA
WIGM

Data de emissão desse aviso provisório: 25/09/2014

Aviso de intuito provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no anexo, ficarão aguardando os demais necessários à continuidade da regularidade do sinistro.

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO			
Documento	Data	Status	Observação
Certidão de nascimento de IML	25/09/2014	Dispensado	Entregeue
Certidão de nascimento de IML	25/09/2014	Dispensado	Entregeue
Bulletim de ocorrência	25/09/2014	Entregeue	Entregeue
Certidão de casamento	25/09/2014	Dispensado	Entregeue
Certidão de inexistência de IML	25/09/2014	Dispensado	Entregeue
Comprovágão de ato declaratório	25/09/2014	Dispensado	Entregeue
Documentação médico-hospitalar	25/09/2014	Dispensado	Entregeue
Outros	25/09/2014	Dispensado	Entregeue
DUIT	25/09/2014	Dispensado	Entregeue
Comprovágão de identificação	25/09/2014	Dispensado	Entregeue
Documentação de identificação	25/09/2014	Dispensado	Entregeue
ALVARÁ JUDICIAL	25/09/2014	Dispensado	Entregeue
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO	25/09/2014	Entregeue	Entregeue
COMPROMISSANTE DE RESIDÊNCIA	25/09/2014	Entregeue	Entregeue

DOCUMENTOS SINISTRO			
Vítima	Data de Nascimento	CPF de: Proprio	CPF da Vítima: 846.707.203-25
ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS	06/07/2014	Dependência: 772	Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Número do Protocolo: ASP-722073/2014
Natureza: Invalidez

SINISTRO

Consórcios do Seguro DPVAT

Protocolo de Aviso Provisório

Seguradora Líder dos

Seguradores do Seguro DPVAT



0029

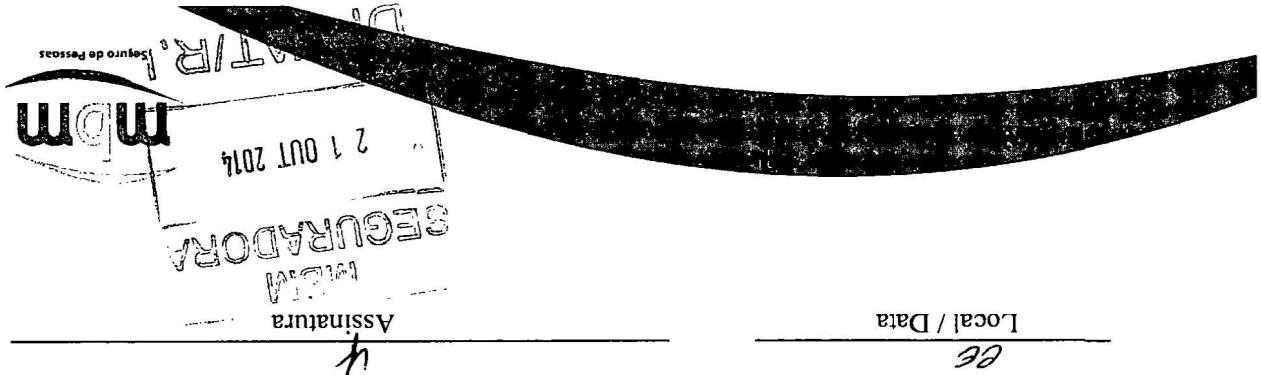
https://sisdpvatismistas.seguradoralider.com.br/sinistros/taske.../ope...

DPVAT/RJ

21 OUT 2014

SEGURADORA
WEM

<input checked="" type="checkbox"/> Simples	<input type="checkbox"/> Referência
Vítima: ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS	
Data de nascimento: 25/03/1977	
CPF: 846.707.203-25	
Data do sinistro: 02/03/2014	Número do sinistro: 2014593433
Sequência: 002	Segurador: 6017
Dependência: 111	Natureza: Inválidez Parcial
Código de Regulagão: Pago	
Já existe o sinistro pago acima cadastrado. Encaminhar processo para a Seguradora Lider.	
Fazer	



Número do Processo:

Complemento de Processo () Envio de Processo Novo ()

- 1 - Transportado ()
2 - Não transportado ()
3 - Motociclista ()

Vitma:

Veic. Identificado
Placa
Tipo de Veiculo
() sim () nao

Data do Boletim / Registro: _____ / _____ / _____ Estado da ocorrência:

Dados da Ocorrência Data do Sinistro/Fato: _____/_____/_____

Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____

Balito: Enderego:

Processor: CPU/GPU

Cidade: _____ CEP: _____ Esaido: _____ TEL: ()

Balírto: Enderego:

Beneficiary: CPH232

Reclamante - Vittima () Beneficiario () Procurador ()

CPP:

Vitima: *Am fome. Desenvolveu de forma eficiente o fascinante*

Válor da Imobilização - R\$:

Type de Siniestro - Motre () DAMS () - Seguradora : MBM - 6084
Inválidos (X)

AVISO DE SISTRO DPVAT

O MRM está ao seu lado para garantir este direito.





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO		Vítima <u>Ana Sônia</u> Documento de identidade do portador <u>Santos</u>	
DATA DO ACIDENTE <u>06/07/13</u>		CPF DA VÍTIMA <u>886.407.903-25</u>	
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM A VÍTIMA É _____	
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR <u>(S)</u>		<input type="checkbox"/> ENDEREÇO DO PORTADOR _____ Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ CIDADE _____ UF _____ CEP _____ E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____	

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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (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 QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI'S COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, 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 HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Morte = R\$ 13.500,00
- Invalidez permanente = Até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com tabela de seguro prevista na Lei 6.194/74.
- Despesas médicas (DAMS) = Reembolso até R\$ 2.700,00 (reembolso). Este valor varia conforme 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 FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

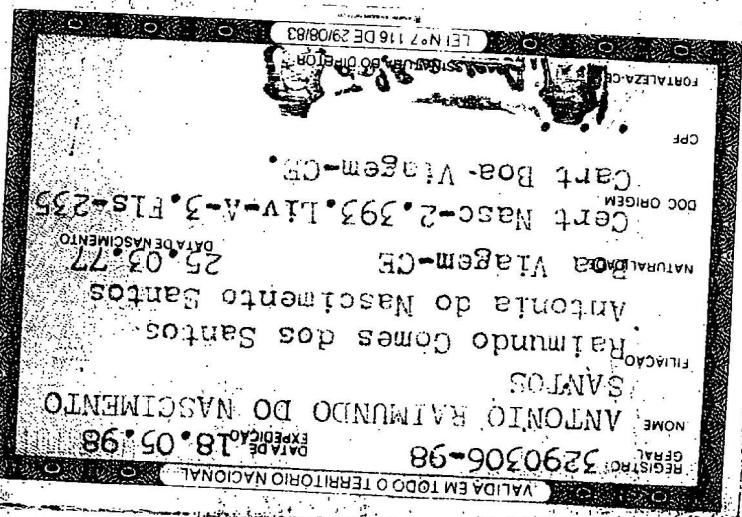
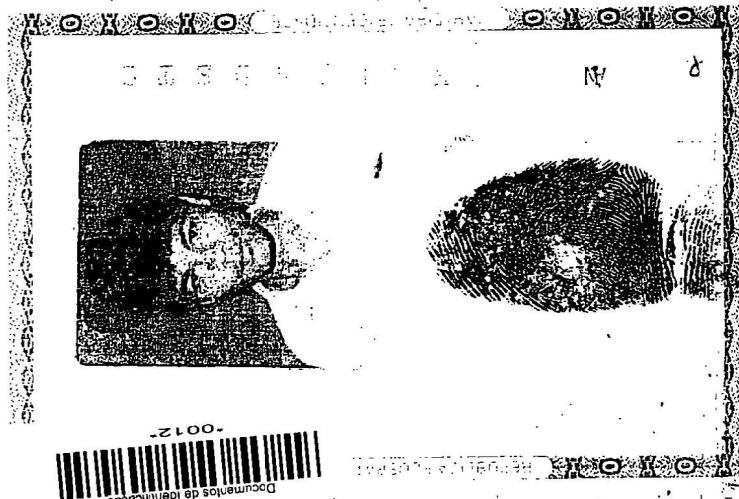
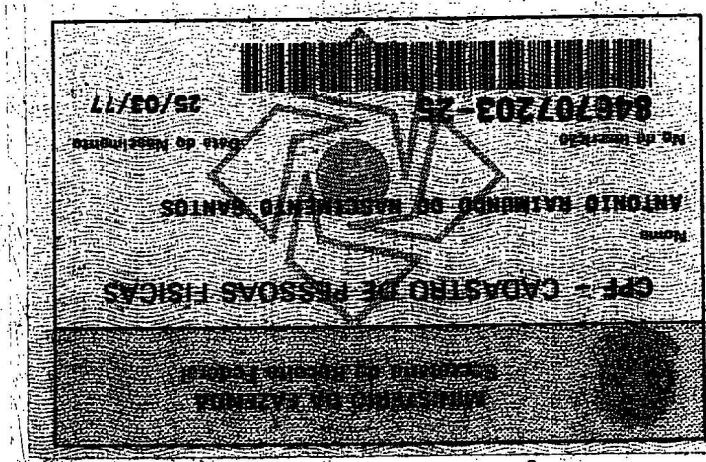
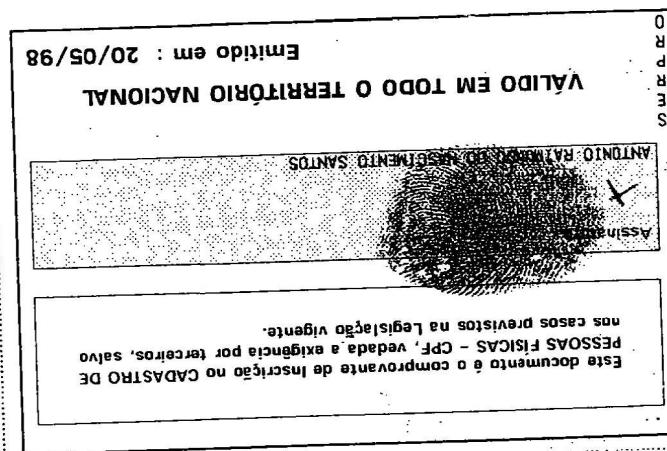
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE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

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

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

DPVAT/R



REGISTRO DE ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR

PAGE-FEITURA MUNICIPAL DE SÃO VÍACAO
CEPAM - QADÁ DE SAÚDE ADILIA MARIA
Rua: São Vicente de Paula, N° 100 Centro
Tel: (48) 3427-1699 - (48) 3427-1136
CNPJ: 07.906.580/0001-64



Documento médico Hospitalar

0096

DPVAT/Rj06

Assinatura do Responsável



DIRETOR GERAL

TELEFONE: 41-3202-0000

DIRET. CFT-910-41-08-00CSAM

Av. DA VIREIRA LIMA, 1130

ANITA BELA VILA DO CONDE - SANTOS-SP

Hora: 11:45am - CH: 08 da Quarta

Assinatura: _____
Data: 09/06/2011
Nome: _____
Profissão: _____
Endereço: _____
Número: _____
Bairro: _____
Cidade: _____
UF: _____
CEP: _____
Estado: _____
País: _____
Habilidades: _____
Sobrenome: (a) _____
Acrescentado (a) Pela Mão: _____

Assinatura: _____
Data: 09/06/2011
Nome: _____
Profissão: _____
Endereço: _____
Número: _____
Bairro: _____
Cidade: _____
UF: _____
CEP: _____
Estado: _____
País: _____
Habilidades: _____
Sobrenome: (a) _____
Acrescentado (a) Pela Mão: _____

Assinatura: _____
Data: 09/06/2011
Nome: _____
Profissão: _____
Endereço: _____
Número: _____
Bairro: _____
Cidade: _____
UF: _____
CEP: _____
Estado: _____
País: _____
Habilidades: _____
Sobrenome: (a) _____
Acrescentado (a) Pela Mão: _____

Assinatura: _____
Data: 09/06/2011
Nome: _____
Profissão: _____
Endereço: _____
Número: _____
Bairro: _____
Cidade: _____
UF: _____
CEP: _____
Estado: _____
País: _____
Habilidades: _____
Sobrenome: (a) _____
Acrescentado (a) Pela Mão: _____

Assinatura: _____
Data: 09/06/2011
Nome: _____
Profissão: _____
Endereço: _____
Número: _____
Bairro: _____
Cidade: _____
UF: _____
CEP: _____
Estado: _____
País: _____
Habilidades: _____
Sobrenome: (a) _____
Acrescentado (a) Pela Mão: _____

Assinatura: _____
Data: 09/06/2011
Nome: _____
Profissão: _____
Endereço: _____
Número: _____
Bairro: _____
Cidade: _____
UF: _____
CEP: _____
Estado: _____
País: _____
Habilidades: _____
Sobrenome: (a) _____
Acrescentado (a) Pela Mão: _____

Assinatura: _____
Data: 09/06/2011
Nome: _____
Profissão: _____
Endereço: _____
Número: _____
Bairro: _____
Cidade: _____
UF: _____
CEP: _____
Estado: _____
País: _____
Habilidades: _____
Sobrenome: (a) _____
Acrescentado (a) Pela Mão: _____

Assinatura: _____
Data: 09/06/2011
Nome: _____
Profissão: _____
Endereço: _____
Número: _____
Bairro: _____
Cidade: _____
UF: _____
CEP: _____
Estado: _____
País: _____
Habilidades: _____
Sobrenome: (a) _____
Acrescentado (a) Pela Mão: _____

Assinatura: _____
Data: 09/06/2011
Nome: _____
Profissão: _____
Endereço: _____
Número: _____
Bairro: _____
Cidade: _____
UF: _____
CEP: _____
Estado: _____
País: _____
Habilidades: _____
Sobrenome: (a) _____
Acrescentado (a) Pela Mão: _____

Assinatura: _____
Data: 09/06/2011
Nome: _____
Profissão: _____
Endereço: _____
Número: _____
Bairro: _____
Cidade: _____
UF: _____
CEP: _____
Estado: _____
País: _____
Habilidades: _____
Sobrenome: (a) _____
Acrescentado (a) Pela Mão: _____

Assinatura: _____
Data: 09/06/2011
Nome: _____
Profissão: _____
Endereço: _____
Número: _____
Bairro: _____
Cidade: _____
UF: _____
CEP: _____
Estado: _____
País: _____
Habilidades: _____
Sobrenome: (a) _____
Acrescentado (a) Pela Mão: _____

RAMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS, na
que nestas notas faz ANTONIO
ESCRITURA Pública Declaração - - - - -

LIVRO 05, FLS, 273 ESCRITURAS DIVERSAS

Tabachimato Protecso de Ttulos, Regsitros de Imveis, de Ttulos e Documentos e Civil das Pessoas Juriculas.
Paga Mlons, Joso Canedio, 80 (Centro) - CEP: 63.870-000 - Fone/fax: (88) 3427-1480 - Boa Vtagem - Ceara - Brasil
S-15

Comprobante de residencia



Compromisante

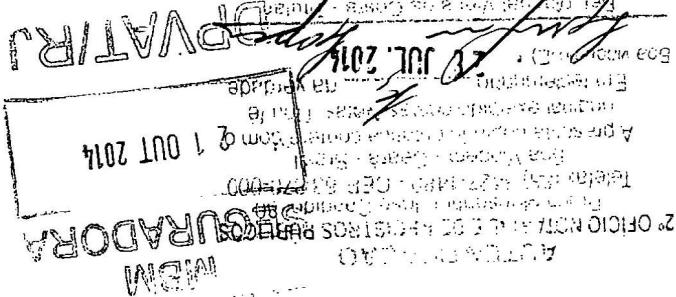
AGENTE: ROBERTO

MATRICULA: 0070

ASSINATURA:



Boa Viagem-06/07/2014



No dia, hora e local acima citados nos informou a vítima SR: ANTONIO RAMUNDO DC NASCIMENTO que vinha conduzindo a motocicleta HONDA/NXR150BR OS PLACA D1K9586 COR-VERMELHA ANO-2012 PEDRA BRANCA-CE CHASSI C2KDD0550CR589772 de responsabilidade do mesmo. Quando ao se dirigir a moto deparou-se com um animal na pista e perdeu o controle da mesma, caindo no chão. Foi socorrida para o hospital local mais próximo.

NARRACAO DOS FATOOS

Maé:

ai:

Profissao:

Estado Civil:

Naturalidade:

TEL:

RG:

Endereço:

Nome:

DADOS DA 2ª VITIMA

Maé:

ai:

Profissao:

Estado Civil:

SOLTEIRO

Naturalidade:

BOA VIAGEM-CE

Data Nascimento:

25/03/1977

Endereço:

FZ MELANCAS IPIRANGA-BOA VIAGEM-CE

Nome:

ANTONIO RAMUNDO DO NASCIMENTO

Dados da 1ª VITIMA

Endereço:

Local:

Localidade:

MELANCAS

Local:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014867195 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS **Data do acidente:** 06/07/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

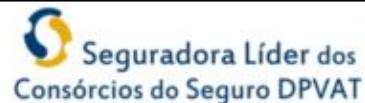
Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014867195 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO RAIMUNDO DO **Data do acidente:** 06/07/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
NASCIMENTO SANTOS

PARECER

Diagnóstico: ENTORSE DO JOELHO ESQUERDO.

Descrição do exame FERIDA LACEROCONTUSA NA REGIÃO DA PATELA. HIPOTROFIA DE COXA LIMITAÇÃO DE 60 GRAUS DA FLEXÃO E
médico pericial: CLAUDICAÇÃO

Resultados terapêuticos: REALIZADO LIMPEZA SUTURA CURATIVOS E IMOBILIZAÇÃO 3 SEMANAS NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: PERDA FUNCIONAL MEDIA DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/12/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

UF do CRM do médico: CE

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Oteло Corrêa dos Santos Filho". The signature is fluid and cursive, with a large, stylized initial 'O' on the left.