



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2014

Carta nº: 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





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 início 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 nº: 5877890

A/C: ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS

Sinistro: 2014867195
Vítima: 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 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

() "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):
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

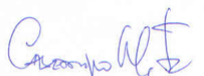
Região Corporal (Sequela):

% 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.


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

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE

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: 000001006157-1

Nr. Autenticação

BRDESCO051220140500000000023700687000001006157168750 PAGO



2º *Ofício Notarial e de Registros Públicos*

Bel. MANUEL VIEIRA DA COSTA - 1



Tabelionato Protesto de Títulos, Registros de Imóveis, de Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas.
Praça Mons. José Candido, 80 (Centro) - CEP. 63.870-000 - Fonefax: (88) 3427-1480 - Boa Viagem - Ceará - Brasil

Livro 05, fls. 273
ESCRITURAS DIVERSAS

Escritura Pública Declaratória
que nestas notas faz **ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS**, na
forma abaixo declarada. --. --.

SAIBAM 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), nesta cidade de Boa Viagem, sede da comarca do mesmo nome, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, neste Cartório, situado nesta cidade, na Rua Praça Monsenhor José Candido, nº 80, perante mim, 2º Tabelião Público, compareceu como outorgante declarante **ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS**, RG. 3290306-98, SSP/CE, CPF. 846.707.203-25, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, residente e domiciliado em Melancias, nesta comarca, CEP. 63.870-000, no final desta assinada, de cuja identidade e capacidade jurídica dou fé. Então, o(a)(s) outorgante(s) declarou(ram), para todos os fins de direito, sob as penas da lei, especialmente para provas junto à **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT**, o seguinte: **A) Que, ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS**, sem renda mensal, na qualidade de beneficiário(a)(s) do valor referente à indenização/reembolso do seguro obrigatório da vítima **ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS**, autorizo a Seguradora Líder dos consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o crédito, de acordo com as informações abaixo prestadas: (x) **Crédito em conta poupança, do Banco Bradesco nº 237, número da agência 0687, dígito 4, número da conta 1006157, dígito 1; B) Que, Por não possuir comprovante de residência em seu nome, declara residir no lugar denominado MELANCIAS, no distrito sede desta comarca, CEP. 63.870-000; Pelo(a) outorgante declarante, me foi dito que aceitava esta escritura em seus expressos termos, por representar a expressão da verdade. De como assim o disse, me pediu, e eu lhe lavrei esta escritura, a qual depois de lida em voz alta e clara, e achada em tudo conforme, aceitou e assinou, este instrumento juntamente com as testemunhas já referidas, destinado a produzir todos efeitos jurídicos desejados. Assina a rogo do(a) outorgante por declarar não saber ler nem escrever, mas deixa a impressão digital de seu polegar direito, o Sr. RAIMUNDO NONATO LOPES DE SOUSA, RG. 3.379.893-99, SSP/CE, CPF. 931.977.133-20, brasileiro, casado, costurador, residente e domiciliado nesta cidade, na Rua Antonio Domingues, nº 561, (Centro), meu conhecido. Eu, Maria Lopes Rodrigues Martins, Escrevente Substituta, a digitei, subscrevo, dou fé e assino em público e raso. Em testemunho (sinal público) verdade. Ass.) RAIMUNDO NONATO LOPES DE SOUSA. --. --.**

Está conforme o original, dou fé.

Boa Viagem(Ceará), 14 de julho de 2014

Em testemunho da verdade.

Maria Lopes Rodrigues Martins
Maria Lopes Rodrigues Martins

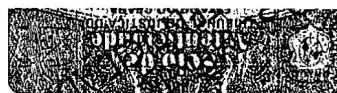
Escrevente Substituta

DPVAT/RJ

21 OUT 2014

SEGURADOR

2º Ofício Notarial e de Registros Públicos
Manuel Vieira da Costa



COM



BDN - Bradesco Dia e Noite
Transferencia - PL p/ PL

Data 28/07/2014 Hora 14:44
N.Trans 7328 Banco 237
Conta 1006748-6 Valor 1,00

Favorcedor:

Banco 237

Agencia 0687 / BOA VIAGEM

Conta 1006167-1

Titular: ANTONIO RAIMUNDO DO N SANTOS

Nome: MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS

Tipo/Conta: 00 Via/Carta: 01

Cheque Expresso Bradesco.

Seu talao de cheques em segundos.

Sem pedir no balcao,

nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco

SAC - Servico de Apoio ao Cliente

Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes

0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099

Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvitoria - 0800 727 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira das

8h as 18h, exceto feriados.

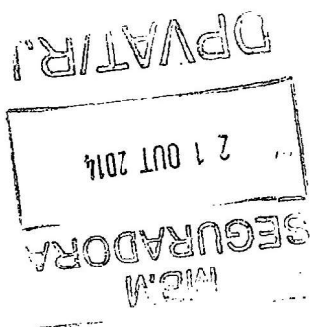
Obrigado

Tenha uma boa tarde

DPVAT/RJ

21 OUT 2014

SEGURODOR
INSTITUI



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

Aviso de sinistro 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 regulação do sinistro.

Nome:

Telefone:
Celular:

CONTATO

Documento	Data	Status	Observação
Alvará judicial	25/09/2014	Dispensado	
Autorização de pagamento	25/09/2014	Entregue	
Comprovante de residência	25/09/2014	Entregue	

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

Documento	Data	Status	Observação
Boletim de ocorrência	25/09/2014	Entregue	
Certidão de casamento	25/09/2014	Dispensado	
Certidão de inexistência de IML	25/09/2014	Entregue	
Certidão de nascimento	25/09/2014	Dispensado	
Comprovação de ato declaratório	25/09/2014	Dispensado	
Documentação médico-hospitalar	25/09/2014	Entregue	
Documentos de identificação	25/09/2014	Entregue	
DUT	25/09/2014	Dispensado	
Laudo do IML - Lesões corporais	25/09/2014	Dispensado	
Outros	25/09/2014	Entregue	

DOCUMENTOS SINISTRO

Vítima: ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS
 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
 CPF da Vítima: 846.707.203-25
 Dependência: 772
 CPF de: Próprio
 Data de Nascimento: 25/03/1977
 Data do Sinistro: 06/07/2014
 Titular do CPF: ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Número do Protocolo: ASP-722073/2014

Natureza: Invalidez

SINISTRO

PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT



Outros

DPVAT/RJ
21 OUT 2014
INSM
SEGURADORA

X Fechar	
Já existe o sinistro pago acima cadastrado. Encaminhar processo para a Seguradora Lder.	
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	Seguradora: 6017
Natureza: Invalidez Parcial	Código de Regulação: Pago
Dependência: 111	Sequência: 002
X Sinistro Referência	



O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

AVISO DE SINISTRO DPVAT

Tipo de Sinistro - Morte () Invalidez ☒ Dams () - Seguradora : MBM - 6084

Valor da Indenização - R\$:

Vítima : Antônio Raimundo do Nascimento Nascimento

CPF: _____

Reclamante - Vítima () Beneficiário () Procurador ()

Beneficiário: _____ CPF/CGC: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Procurador: _____ CPF/CGC: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Dados da Ocorrência

Data do Boletim / Registro: ____/____/____

Estado da ocorrência: _____

Vítima: _____

1 - Transportado ()

2 - Não transportado ()

3 - Motorista ☒

Complemento de Processo () Envio de Processo Novo ()

Número do Processo: _____

Local / Data

Assinatura

SEGURADORA

21 OUT 2014

MBM

Seguro de Pessoas



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antonio Raimundo do Nascimento Silva

DATA DO ACIDENTE 06/08/18 em CPF DA VÍTIMA 246.707.203-25

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR 8) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ (X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ (X) 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 MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☒ (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ (X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ (X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☒ (X) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☒ (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ (X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ (X) 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 MENOR, 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

DPVAT/R



Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Dedarei que

professor:

Adilson de Oliveira, RG: 309030698

rua:

R. Calceolaria

Deu entrada neste hospital no dia:

06/09/14 às 09:00 h com

registro e

protonário de

- (da cda)

Adilson de Oliveira (51) 309030698

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de

União de



2ª *Oficina Notarial e de Registros Públicos*

Bel. MANUEL VIEIRA DA COSTA - Titula



00015

Tabelionato Protesto de Títulos, Registros de Imóveis, de Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas.

Praça Mons. José Cândido, 80 (Centro) - CEP. 63.870-000 - Fonefax: (88) 3427-1480 - Boa Viagem - Ceará - Brasil

Declaração de Rendimentos Públicos

Escritura Pública Declaratória
que nestas notas faz **ANTONIO
RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS**, na
forma abaixo declarada.---

Livro 05, fls. 273
ESCRITURAS DIVERSAS

SABAM 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), nesta cidade de Boa Viagem, sede da comarca do mesmo nome, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, neste Cartório, situado nesta cidade, na Rua Praga Monsenhor José Cândido, nº 80, perante mim, 2º Tabelião Público, compareceu como outorgante declarante **ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS**, RG. 3290306-98, SSP/CE, CPF. 846.707.203-25, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, residente e domiciliado em Melancias, nesta comarca, CEP. 63.870-000, no final desta assnada, de cuja identidade e capacidade jurídica dou fé. Então, o(a)(s) outorgante(s) declarou(ram), para todos os fins de direito, sob as penas da lei, especialmente para provas junto à **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT**, o seguinte: **A) Que, ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS**, sem renda mensal, na qualidade de beneficiário(a)(s) do valor referente à indenização/reembolso do seguro obrigatório da vítima **ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS**, autorizo a Seguradora Líder dos consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o crédito, de acordo com as informações abaixo prestadas: **(x) Crédito em conta poupança, do Banco Bradesco nº 237, número da agência 0687, dígito 4, número da conta 1006157, dígito 1; B) Que, Por não possuir comprovante de residência em seu nome, declara residir no lugar denominado MELANCIAS, no distrito sede desta comarca, CEP. 63.870-000; Pelo(a) outorgante declarante, me foi dito que aceitava esta escritura em seus expressos termos, por representar a expressão da verdade. De como assim o disse, me pediu, e eu lhe lavrei esta escritura, a qual depois de lida em voz alta e clara, e achada em tudo conforme, aceitou e assina, este instrumento juntamente com as testemunhas já referidas, destinado a produzir todos efeitos jurídicos desejados. Assina à rogo do(a) outorgante, por declarar não saber ler nem escrever, mas deixa a impressão digital de seu polegar direito, o Sr. RAIMUNDO NONATO LOPES DE SOUSA, RG. 3.379.893-99, SSP/CE, CPF. 931.977.133-20, brasileiro, casado, costurador, residente e domiciliado nesta cidade, na Rua Antonio Domingues, nº 561, (Centro), meu conhecido. Eu, Maria Lopes Rodrigues Martins, Escrevente Substituta, a digitei, subscrevo, dou fé e assino em público e raso. Em testemunho (sinal público) verdade. Ass.) RAIMUNDO NONATO LOPES DE SOUSA.---**

Verdade. Ass.) RAIMUNDO NONATO LOPES DE SOUSA.---

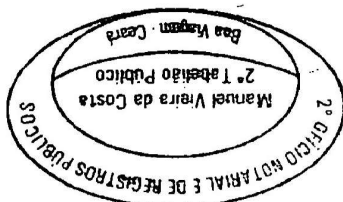
Está conforme o original, dou fé. **SEGURADORA**

Boa Viagem(Ceará), 14 de julho de 2014

Em testemunho da verdade.

Maria Lopes Rodrigues Martins

Escrevente Substituta





2º Ofício Notarial e de Registros Públicos

Bel. MANUEL VIEIRA DA COSTA - Titular

Tabellionato Protesio de Títulos, Registros de Imóveis, de Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas

Praca Mons. José Cândido, 80 (Centro) - CEP. 63.870-000 - Fonefax: (88) 3427-1480 - Boa Viagem - Ceará - Brasil

Quilômetros de fronteira ou

Livro 05, fls. 273
ESCRITURAS DIVERSAS

Escritura pública declaratória que nestas notas faz ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS, na

forma abaixo declarada. ---

SABAM 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), nesta cidade de Boa Viagem, sede da comarca do mesmo nome, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, neste Cartório, situado nesta cidade, na Rua Praça Monsenhor José Cândido, nº 80, perante mim, 2º Tabelião Público, compareceu como outorgante declarante **ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS**, RG. 3290306-98, SSP/CE, CPF. 846.707.203-25, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, residente e domiciliado em Melancias, nesta comarca, CEP. 63.870-000, no final desta assinada, de cuja identidade e capacidade jurídica dou fé. Então, o(a)(s) outorgante(s) declarou(ram), para todos os fins de direito, sob as penas da lei, especialmente para provas junto à **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT**, o seguinte: **A) Que, ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS**, sem renda mensal, na qualidade de beneficiário(a)(s) do valor referente à indenização/reembolso do seguro obrigatório da vítima **ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS**, autorizo a Seguradora Líder dos consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o crédito, de acordo com as informações abaixo prestadas: (x) **Crédito em conta poupança, do Banco Bradesco nº 237, número da agência 0687, dígito 4, número da conta 1006157, dígito 1; B) Que, Por não possuir comprovante de residência em seu nome, declara residir no lugar denominado MELANCIAS, no distrito sede desta comarca, CEP. 63.870-000; Pelo(a) outorgante declarante, me foi dito que aceitava esta escritura em seus expressos termos, por representar a expressão da verdade. De como assim o disse, me pediu, e eu lhe lavrei esta escritura, a qual depois de lida em voz alta e clara, e achada em tudo conforme, aceitou e assinou, este instrumento juntamente com as testemunhas já referidas, destinado a produzir todos efeitos jurídicos desejados. Assina a rogo do(a) outorgante por declarar não saber ler nem escrever, mas deixa a impressão digital de seu polegar direito, o Sr. RAIMUNDO NONATO LOPES DE SOUSA, RG. 3.379.893-99, SSP/CE, CPF. 931.977.133-20, brasileiro, casado, costurador, residente e domiciliado nesta cidade, na Rua Antônio Domingues, nº 561, (Centro), meu conhecido. Eu, Maria Lopes Rodrigues Martins, Escrevente Substituta, a digitei, subscrevo, dou fé e assino em público e raso. Em testemunho (sinal público) verdade. Ass.) RAIMUNDO NONATO LOPES DE SOUSA. ---**

Está conforme o original, dou fé. **SEGURADOR**

Boa Viagem(Ceará), 14 de julho de 2014

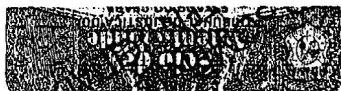
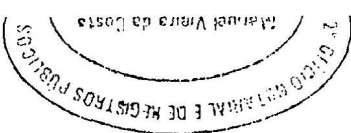
Em testemunho da verdade.

Maria Lopes Rodrigues Martins

Escrevente Substituta

DPVAT/RJ

21 OUT 2014



MUNICÍPIO DE BOA VIAGEM-CE
GUARDA CIVIL MUNICIPAL

RELATÓRIO EM LOCAL DE ACIDENTE



DADOS DA INFRAÇÃO E OU OCORRÊNCIA

Ocorrência nº 3396-2014

Tipo de Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Local: LOCALIDADE MELANCIAS

Veículo(s) Utilizado(s): MOTO

Foi apreendida ☐ SIM ☒ NÃO

Dados do(s) Veículo(s): HONDA/NXR150BROS PLACA-OIK9586 VERMELHA PEDRA BRANCA-CE

DADOS DA 1ª VÍTIMA

Nome: ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO

Endereço: FZ MELANCIAS IPIRANGA-BOA VIAGEM-CE

Data Nascimento: 25/03/1977

Profissão: AGRICULTOR

Estado Civil: SOLTEIRO

Naturalidade: BOA VIAGEM-CE

DADOS DA 2ª VÍTIMA

Nome: RAIMUNDO GOMES DOS SANTOS

Mãe: ANTONIA DO NASCIMENTO SANTOS

NARRAÇÃO DOS FATOS

Nome:

Endereço:

RG:

Data Nascimento:

Naturalidade:

Estado Civil:

Mãe:

veio a cair a vítima foi socorrida para o hospital local mais próximo.

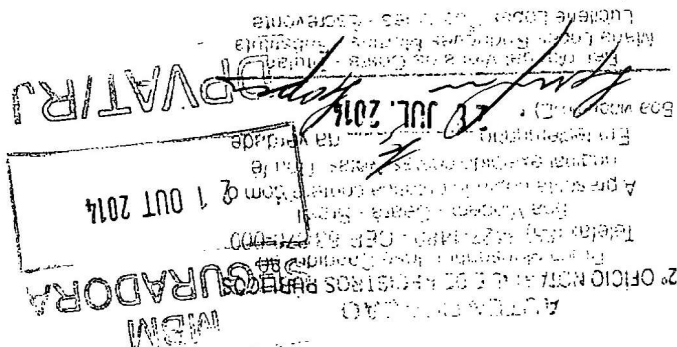
ASCIMENTO que vinha conduzindo a motocicleta HONDA/NXR150BROS PLACA OIK9586 COR-VERMELHA ANO-2012/2012 PEDRA BRANCA-CE CHASSI C2KDD0550CR589772 de responsabilidade do mesmo. Quando ao se distrair a moto derrapou

AGENTE: ROBERTO

MATRÍCULA: 0070

ASSINATURA:

Boa Viagem-06/07/2014



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 NASCIMENTO SANTOS **Data do acidente:** 06/07/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: ENTORSE DO JOELHO ESQUERDO.

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

