

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: 21/06/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

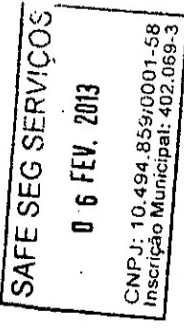
BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000012542-7

Nr. da Autenticação EB713E5C469962AF

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



EU JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO

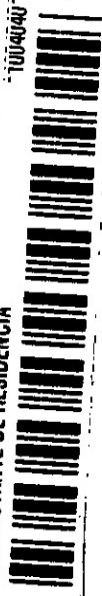
PORTADOR DO R.G. B.654.561 E CPF 098.498.524-48

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE RESIDO ATUALMENTE NO ENDEREÇO ABAIXO

CITADO:

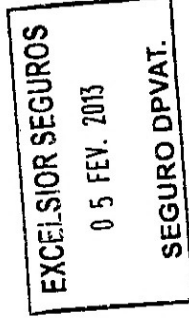
RUA/AV: CO DA PAZ

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA



Nº 515-A BAIRRO CAETES II CIDADE ARACUJÁ

UF: PE CEP: ~~53500-000~~
06P: 53520-100



RECIFE, 05 / 02 / 2013.

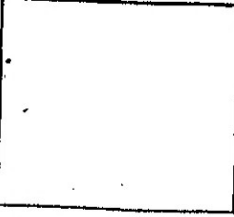
* Jose Alexandre da Conceição
(Assinatura)

Fone: (81) 8799-9443

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA IGARASSU - (SUS)

08/12/2012 22:53



Nome Paciente: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Cód. Paciente:

Data de Nascimento: 17/01/1982

Sexo: Masculino

Idade: 30

Senha: 0291

Convênio:

Atendimento:

DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR

1004031



08/12/2012 22:53 - MARIA AMELIA CALADO - classificação

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

Queixa Principal:

DOR EM MID

Observação:

ACIDENTE DE MOTO. 9X

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

Recursos Utilizados:

Intervenções Salva

ida:

Situações de Alto

Risco:

Alergias Atuais do Paciente

Paciente não possui alergia

SAFE SEG SERVIÇOS

0 6 FEV. 2013

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

EXCELSIOR SEGUROS

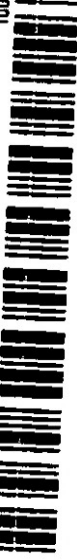
0 5 FEV. 2013

SEGURO DPVAT.

Acolhido(a) por: MARIA AMELIA CALADO

Data: 08/12/2012 22:53

tema de Acolhimento com Classificação de Risco



CENTRO DIAGNÓSTICO DE PERNAMBUCO

RECEITUÁRIO

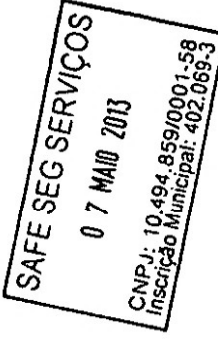
Declaro para devido fim que o paciente José Alexandre da Conceição, vítima de acidente de trânsito dia 08/12/2012, foi acometido por fratura do membro superior direito (L.C.A.), por isso por tratamento fisioterapêutico e uso de órtese (L.C.A.). O paciente evoluiu com melhoras parciais, porém apresenta sequelas permanentes no membro superior direito, com dor, limitação de movimento e redução da força muscular. O paciente encontra-se em 80% no estado definitivo.

Dr. Stênio Targino
Fisioterapeuta
CREFIM - 4938

25/04/2013

Nossos Endereços:

Av. Armindo Moura, 544 - Porta Larga - Jaboatão - PE - Fones: (81) 3342.9381 / 3061.2330
 Av. Copacabana, 4260 - Piedade - Jaboatão - PE - Fones: (81) 3468.8336 / 3468.4242
 Av. Jean Emile Favre, 1310 - Ipsep - Recife - PE - Fones: (81) 3037.5880 / 3472.0702
 Av. Caxangá, 3389 - Iputinga - Recife - PE - Fones: (81) 3453.4436 / 3453.4783
 Av. Dr. José A. Moreira, 975 - Casa Caiada - Olinda - PE - Fones: (81) 3432.1059 / 3053.1917
 Av. Hist. Pereira da Costa, 542 - Centro - Cabo - PE - Fones: (81) 3518.3076 / 3521.0570
 Rua João Pessoa, 110 - Gravatá - PE - Fone: (81) 3533.6874



8.654.561 25/09/2008

<< JOSÉ ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO >>

<< >>

<< MARIA DA CONCEIÇÃO >>

RECIFE - PE 18/01/1982

<< CN.50972 LA46 F.204 CART. >>

JOSÉ RECIFE-PE 24.07.1983 >>

EXCELSIOR SEGUROS
05 FEV. 2013
SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS
06 FEV. 2013
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

1004037



03 M 02

José Alexandre da Conceição





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

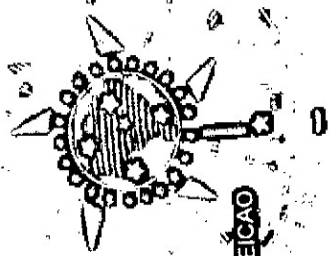
Número de Inscrição
098.492.524-48

Nome

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Nascimento

18/01/1982



SAFE SEG SERVIÇOS

06 FEV. 2013

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

EXCELSIOR SEGUROS

05 FEV. 2013

SEGURO DPVAT.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE. Nº 8776718377
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM RNTTC EXERCÍCIO
1 1258883006 1 1 2011

JERONIMO GOMES BARBOSA
ABREU E LIMA-PE
895.422.154-87 PFJ7059
PLACA ANT/UF
9C2HB0210AR544160

VEICULO / MOTOCICLETA / CAMIONETA / CAMION
HONDA/POP100
CATEGORIA PARTIC LARANJA
TPVA 2011 QUITADO
1 1 2010 2010

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) 03/03/11
PREMIO TOTAL (R\$) 03/03/11

L. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA
ABREU E LIMA-PE
03/03/11

PE Nº 8776718377 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JERONIMO GOMES BARBOSA
ABREU E LIMA-PE
895.422.154-87 PFJ7059

BILHETE DE SEGURO DPVAT
PE Nº 8776718377
JERONIMO GOMES BARBOSA

ABREU E LIMA-PE
1 895.422.154-87 PFJ7059
258883006 HONDA/POP100
2010 109 9C2HB0210AR544160
PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) 03/03/11
PREMIO TOTAL (R\$) 03/03/11

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04

100-4032



DUT

EXCELSIOR SEGUROS
05 FEV. 2013
SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS
06 FEV. 2013
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO, portador da carteira de identidade nº 8.654.561 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098.491.564-48 residente e domiciliado na CO DA PRATA N: 515-A Cidade CAETES II - ABREU Estado PE, 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 residio não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que residio 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.

SAFE SEG SERVIÇOS

06 FEV. 2013

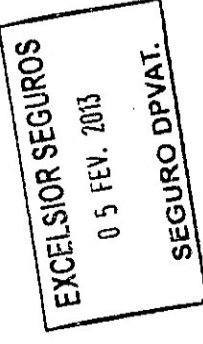
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

Jose Alexandre da Conceição

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Abreu e Lima, 04/02/13

Local e data



OUTROS

1004054



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -

Nº DO SINISTRO 2013/075387 (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, JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO, PORTADORA DO RG Nº 8.654.561 EXPEDIDO POR SUS-PE EM 23/09/08 CPF/CNPJ Nº 098.492.524-48, PROFISSÃO SEQUELETA
E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO
AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO 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) 05.FEV.2013
Nº CONTA CORRENTE _____

EXCELSIOR SEGUROS

SEGURO DPVAT.

() 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) 06.FEV.2013
Nº CONTA POUPANÇA _____

SAFE SEG SERVIÇOS

SAFE SEG SERVIÇOS

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



1004039

CNPJ: 10.439.405/0001-38
Inscrição Municipal: 402.069-3

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA I
Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (I) _____ (R) _____
Nº CONTA POUPANÇA _____

(X) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 3122
Nº CONTA POUPANÇA 00012542-7

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

LOCAL Abreu e Lima DATA 06/02/13

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A Jose Alexandre da Conceição

ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos 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, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.

- 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.

Ag. CP Caixa 27

3122 013 00012542 7

Guarde este cartão com segurança para não perder o acesso ao seu dinheiro

Obs.: Em breve você estará recebendo o seu
Cartão magnético de Poupança.

Senha 1982

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-725 7474 0800-726 2492

Reclamações,
sugestões e dúvidas. Ouvidoria Atendimento a pessoas
com deficiência auditiva

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA POUPANÇA FÁCIL

21/12/2012 14:03:15
CONVENIO: 000275506
OPERADOR: 1002/550

AGENCIA: 3122 CONTA: 013.00012542-7
NOME: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO
CPF: 098.492.524-48

COD. OPERACAO: 356100053

OPERACAO REALIZADA COM
SUCESSO.

CAIXA AQUI

É A CAIXA EM TODO O BRASIL

DISQUE CAIXA - 0800 726 0101
OUVIDORIA - 0800 725 7474

SAFE SEG SERVIÇOS

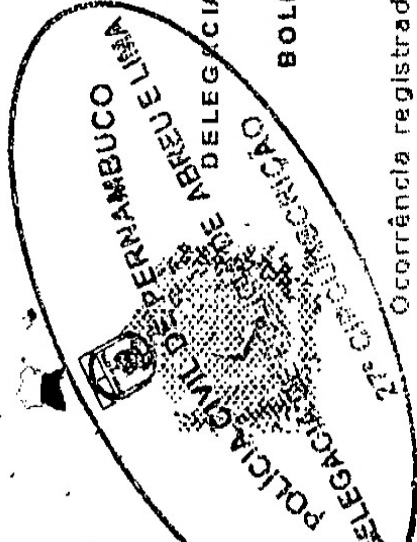
06 FEV. 2013

CNPJ: 10.494.858/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

EXCELSIOR SEGUROS

05 FEV. 2013

SEGURO DPVAT.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027A. CIRCUNSCRICAO - ABREU E LIMA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 13E0117000484

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/02/2013 às 09:10

Número do BO que este complementa: 13E0117000079

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 8/12/2012 às 18:40

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAETES II (BAIRRO), 1, AVENIDA NILO COELHO - PROXIMO A FABRICA DE ALGODÃO NATALIA** - Bairro: **CAETES II** - Município: **ABREU E LIMA** - Estado: **PERNAMBUCO** - País: **BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA** - Próximo: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)

JERONIMO GOMES BARBOSA (OUTRO)

JOSÉ ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO (VITIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

05 FEV. 2013

SEGURO DPVAT.

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ELEMENTO DESCONHECIDO

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

(AUTOR AGENTE) - ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: NÃO INFORMADO; Pat: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: NÃO INFORMADO; Naturalidade: NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO

Estado Civil: NÃO INFORMADO; Escolaridade: NÃO INFORMADO; Profissão: NÃO INFORMADO; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: NÃO INFORMADO

Endereço Residencial: NÃO INFORMADO

Endereço Comercial: NÃO INFORMADO

Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

(VITIMA) - JOSÉ ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO; Pat: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 16/1/1962; Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL

Documento: 66545615587PE (RG), 09349232448 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A); Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO;

Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: 27057169

Endereço Residencial: BAIRRO DE CAETES II (BAIRRO), 615, RUA CORRÊGO DA PRATA, 55000-000, CAETES II, ABREU E LIMA, PERNAMBUCO, BRASIL

Endereço Comercial: NÃO INFORMADO

Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

(OUTRO) - JERONIMO GOMES BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: NÃO INFORMADO; Pat: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: NÃO INFORMADO; Naturalidade: NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO

Estado Civil: NÃO INFORMADO; Escolaridade: NÃO INFORMADO; Profissão: NÃO INFORMADO; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: NÃO INFORMADO

Endereço Residencial: NÃO INFORMADO

Endereço Comercial: NÃO INFORMADO

SAFE SEG SERVIÇOS

06 FEV. 2013

CNPJ: 10.494.859/0001-58.
Inscrição Municipal: 402.069-3

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

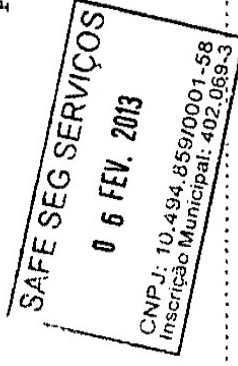
1004026



Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Page 2 of 2

Dados Comercial **NÃO INFORMADO**



Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ELEMENTO DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): ELEMENTO DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL / GM / CLASSIC - Objeto apreendido: NÃO - Número de Série: NÃO INFORMADO
Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA) Valor Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)

Placa: KER2714 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JERONIMO-GOMES BARBOSA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO

Categoria/Marca/Modelo: MICROONIBUS / VW / NÃO INFORMADO - Objeto apreendido: Não - Número de Série: NÃO INFORMADO

Cor: LARANJA - Quantidade: 1 (UNIDADE) - Valor Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)

Placa: PFJ7059 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: 2010 / 2010 Combustível: GASOLINA

EXCELSIOR SEGUROS

05 FEV. 2013

Complemento / Observação

SEGURO DPVAT.

SEGU.

AT.

EXCELSIOR SEGUROS

05 FEV. 2013

A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL CITADOS, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA EM FRENTE A FIRMA QUE O MESMO TRABALHA, QUANDO DERREPEnte UM VEICULO DE PLACAS ACIMA ANOTADAS COLIDIU COM A VITIMA. QUE APOS O ACIDENTE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA UPA DE CRUZ DE REBOLÇAS IGARASSU - PE, CASO AFETO A DELEGACIA DE ABREU E LIMA - PE.

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

José Alexandre da Conceição
JOSÉ ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO
(VITIMA)



POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE ABREU E LIMA

B.O. registrado pelo policial: ANTONIO HERCULES F DO NASCIMENTO - MAT. 158692-0

27ª CIRCUNSCRIÇÃO

Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: 2013260670

Nome da Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO

Local: ABREU E LIMA-PE

Data do Acidente: 08/12/2012

Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(x) 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

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

joelho direito

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.

instabilidade gravíssima do joelho

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 () Sim (x) Não

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

b) Exames Complementares () Sim (x) Não

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:

☐ Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

instabilidade grave do joelho direito por lesão de lca e ligamento colateral medial pos trauma

testes de instabilidade positivos

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

☐ Sim ☒ Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à 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 íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

☒ 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).

☒ 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 na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Médio (x) 75% Grave

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas

Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor

Identificação do médico responsável pela avaliação.

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: GALDINO LEONARDO

Registro no CRM: 17727/PE

Local e Data do Exame

recife 27 de maio de 2013

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -

Nº DO SINISTRO 2013/075387 (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, JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO PORTADOR/A DO RG Nº 8.654.561 EXPEDIDO POR
SUS-PE EM 09/09/08 CPF/CNPJ Nº 098.492.524-48 PROFISSÃO SEQUESTE
E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU
REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO
AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO 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 _____

EXCELSIOR SEGUROS

05 FEV. 2013

SEGURO DPVAT.

() 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 _____

SAFE SEG SERVIÇOS

06 FEV. 2013

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA I

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (I

Nº CONTA POUPANÇA _____

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039

CNPJ: 10.494.659/0001-90
Inscrição Municipal: 402.069-3

(R) _____

(X) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 3122

Nº CONTA POUPANÇA 00012562-7

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

LOCAL Abreu e Lima

DATA 06/02/13

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A Jose Alexandre da Conceição

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 seqüelas 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, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.

- 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.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
BANCO: 104
DATA: 11/06/2013
TERMINAL: 1002

AGENCIA: 3122
HORA: 15:43:39
AUT: 0133

NSU: 002399

COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM DOC: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 3122/013/00 012.542-7
NOME: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO
DEPOSITANTE:
ENVELOPE 4785100048

VALOR TOTAL:
VALOR DINHEIRO:

10.00
10.00

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474
www.caixa.gov.br

1ª Via - Via do Cliente

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013260670**Cidade:** Abreu e Lima**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO**Data do acidente:** 08/12/2012**Emissor do parecer:** Arnaldo Kacelnik**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 17727

PARECER

Data da análise: 16/05/2013**Valoração do IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** Traumatismo em joelho direito com lesão ligamentar, com lesão de LCA e ligamento colateral medial**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador.**Sequelas permanentes:** Comprometimento parcial aos movimentos do joelho direito.**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 3.375,00**Médico avaliador:** GALDINO LEONARDO**UF do CRM do médico:** PE

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**Valor avaliado:** 2.531,25

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013260670**Cidade:** Abreu e Lima**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO**Data do acidente:** 08/12/2012**Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.**CRM do médico:** 17727

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo em joelho direito com lesão ligamentar, com lesão de LCA e ligamento colateral medial**Descrição do exame médico pericial:** Instabilidade grave do joelho direito - com testes de instabilidade positivos**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador.**Sequelas permanentes:** Comprometimento parcial aos movimentos do joelho direito.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 27/05/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 3.375,00**Médico avaliador:** GALDINO LEONARDO**UF do CRM do médico:** PE

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**Valor avaliado:** 2.531,25