

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

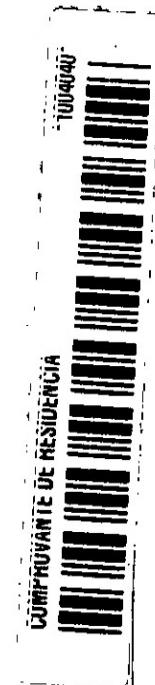
SAFE SEG SERVIÇOS
06 FEV. 2013
CNPJ: 10.494.859/0001-58 Inscrição Municipal: 402.069-3

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU João Alexandre da ConceiçãoPORTADOR DO R.G. 8.654.561 E CPF 093.991.524-48

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE RESIDO ATUALMENTE NO ENDEREÇO ABAIXO

CITADO:

RUA/AV: Co do ParqueNº 515-A BAIRRO CAETÉ II CIDADE RECIFE E CIDAUF: PE CEP: 53500-000 - 100

EXCELSIOR SEGUROS
05 FEV. 2013
SEGURÓ DPVAT.

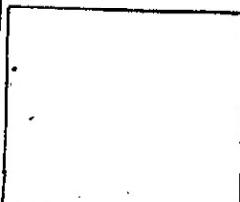
RECIFE, 05 / 02 / 2013X João Alexandre da Conceição
(Assinatura)

fone: (81) 8799-2443

JPA. 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

Convenio:

Atendimento:

1004031



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

Prioridade:

URGENCIA

Cor:



Queixa Principal:

DOR EM MID

Observação:

ACIDENTE DE MOTO. 92

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Discriminador(es):

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

Alergia(s);

Sinais Vitais Lidos:

Recursos Utilizados:

Intervenções Salva

vida;

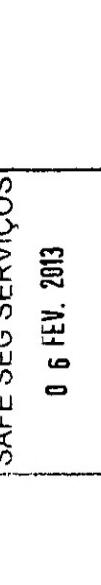
Intervenções de Alto

Risco;

Allergias Atuais do Paciente

Paciente não possui alergia

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR



SAFE SEG SERVIÇOS

06 FEV. 2013

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

EXCELSIOR SEGUROS

05 FEV. 2013

SEGURO DPVAT.

Acolhido(a) por: MARIA AMELIA CALADO
Data: 08/12/2012 22:53



RECEITUÁRIO

Despacho para desconto firmado que o
paciente José Salvador Mendes da Góis
número de paciente de número da documentação
08132120121 foi acionado pelo Ministério da
Saúde e pelo Conselho Federal de Medicina (C.F.M.)
para dar fonte de pagamento da
admissione hospitalar (R\$ 800,00).
Quicô com o seu consentimento
comunicou ao Dr. José Mendes da Góis
que o mesmo é devedor ao
Ministério da Saúde e ao Conselho Federal
de Medicina, e que o mesmo
não pode ser pago.
Há, portanto, o
desconto de R\$ 800,00
do valor de R\$ 800,00
que é o que o paciente
deve ao Conselho Federal de Medicina.
Há, portanto, o
desconto de R\$ 800,00
do valor de R\$ 800,00
que é o que o paciente
deve ao Conselho Federal de Medicina.

Dra. Shelly Faraldo
Fisioterapeuta
CRM-4938

Nossos Endereços

- PE - Fones: (81) 3342.9381 /

Joa - Jaboatão - PE -

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 / 3053.191
Av. Hist. Pereira da Costa, 542 - Centro - Cabo - PE - Fones: (81) 3518.3076 / 3521.0570
Praça Joaquim Pernambucano, 110 - Gravatá - PE - Fone: (81) 3533.6874

8.654.561

25/09/2008

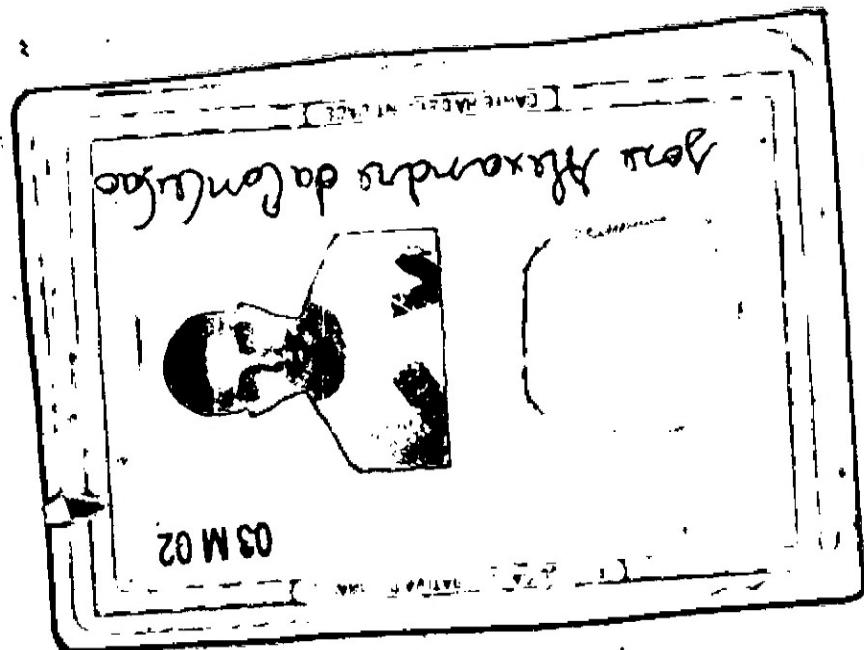
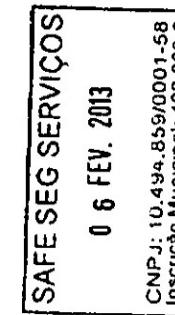
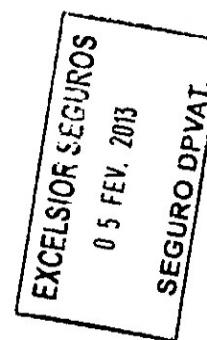
<< JOSÉ ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO >>

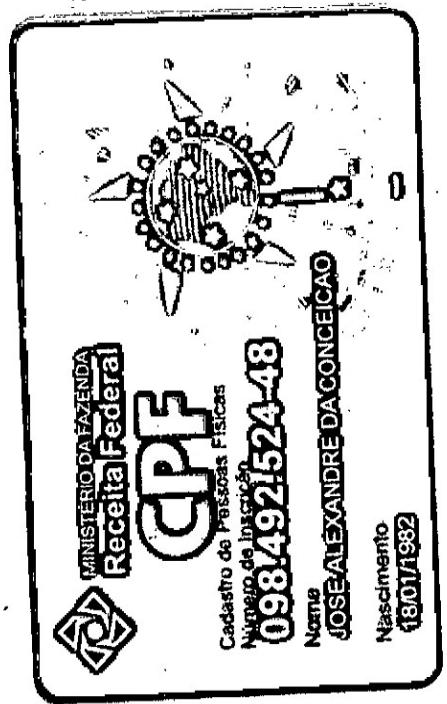
<< >>
<< MARIA DA CONCEIÇÃO >>

RECIFE - PE

18/01/1982

<< CN.50972 L.A46 F.204 CARTÃO
JOSÉ RECIFE-PE 24.07.1983 >>





SAFE SEG SERVIÇOS
06 FEV. 2013
CNPJ: 10.454.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

EXCELSIOR SEGUROS
05 FEV. 2013
SEGURÓ DPVAT.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI

Eu, José Alves Andrade Gonçalves, portador da carteira de identidade nº 2.654.561 e inscrito no CPF/MF sob o nº 078.492.584-48, residente e domiciliado na Rua José Góes N.º 515-A, Cidade CAXIAS / ABREU E REIS Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IMI para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IMI no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IMI localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IMI localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IMI, 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 cliente de quem 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 FEVEREIRO 2013
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

Xosé Alves Andrade Gonçalves

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Abrum e horina, 04/02/13

Local e data

EXCELSIOR SEGUROS
05 FEVEREIRO 2013
SEGURADO PVAT.

OUTROS



1004054

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

Nº DO SINISTRO 2013/045387 (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 8.654.501 EXPEDIDO POR
505-1015 EM 25/09/09 CPF/CNPJ Nº 098.492.524-48, PROFISSÃO SEGURENTE
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
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 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 237 05 FEV. 2013
Nº CONTA CORRENTE _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 237
Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 001 16 FEV. 2013
Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA I
Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (I) 341 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
Nº CONTA POUPANÇA _____ 

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 104 31/2/2
Nº CONTA POUPANÇA 00012542-7 _____

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

LOCAL Abreu e Lima DATA 01/02/13

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A João 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 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, tornando 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 ECONÔMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

Ag. IV Centro Dv
3122 013 00012642 7

COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA POUPANÇA FÁCIL

21/12/2012 14:03:15

CONVENIÖ:

OPERADOR:

10027550

10027550

AGÊNCIA: 3122 CONTA: 013.00012542-7

NOME: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

CPF: 098.492.524-48

COD. OPERAÇÃO: 356100053

OPERACAO REALIZADA COM
SUCESSO.

Obs.: Em breve você estará recebendo o seu
Cartão ^{privado} de Poupança.
Senha: 1982

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-725 7474 0800-726 2492

Atendimento à pessoas
com deficiência auditiva
Reclamações,
sugestões e elogios.

É A CAIXA EM TODO O BRASIL

DISQUE CAIXA - 0800 726 0001

OUVIDORIA - 0800 725 7174

SAFE SEG SERVIÇOS

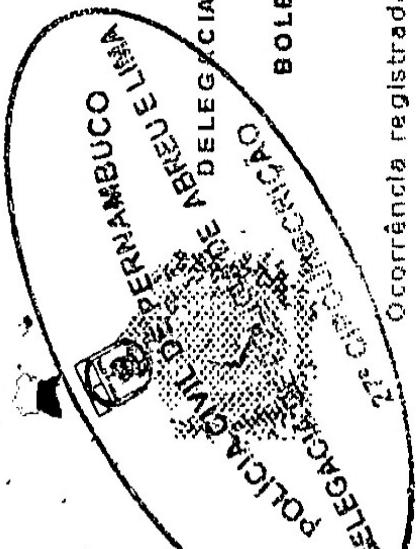
06 FEV. 2013

DISQUE CAIXA - 0800 726 0001-58
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

EXCELSIOR SÉGUROS

05 FEV. 2013

SEGURÓ DPVAT.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACAO DA POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

BOLETIM DE OCORRENCIA N.º 13E0117000484

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

Número do BO que este complemento: 13E0117000079

- ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 03/12/2012 às 18:40

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

Pessoas(s) envolvidas(s) na ocorrência:
ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE)
JERONIMO GOMES BARBOSA (OUTRO)
JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO (VITIMA)

Objeto(s) envolvidos(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): JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO
Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissao:NAO INFORMADO; Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO

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

EXCELSIOR SEGUROS	05 FEV. 2013
SAFE SEG SERVICOS	06 FEV. 2013

CNPJ: 10.494.859/0001-58.

Inscrição Municipal: 402.069-3

(VITIMA) - JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mae: MARIA DA CONCEICAO ; Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: 16/11/1962; Naturalidade: RECIFE /

Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissao:NAO INFORMADO; Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO

Endereço Residencial: NAO INFORMADO

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Comerciais: NAO INFORMADO

BOLETIM DE OCORRENCIA	*1004026*
-----------------------	-----------



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

Mae: NAO INFORMADO ; Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: NAO INFORMADO; Naturalidade: NAO INFORMADO /

Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissao:NAO INFORMADO; Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO

Endereço Residencial: NAO INFORMADO

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

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

Mae: NAO INFORMADO ; Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: NAO INFORMADO; Naturalidade: NAO INFORMADO /

Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissao:NAO INFORMADO; Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO

Endereço Residencial: NAO INFORMADO

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

▲

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Page 2 of 2

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

Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

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

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

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

Placa: KGR2714 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) 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

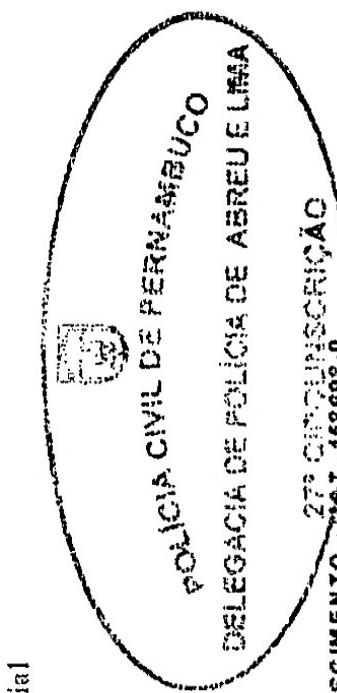
Cor: LARANJA - Quantidade: 1 (UNIDADE) - Valor Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)

(Placa: PFJ7059 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADA)	EXCELSIOR SEGUROS
Ano Fabricação/Modelo: 2010 / 2010	Combustível: GASOLINA
Complemento / Observação	AT.
SEGURO DPVAT:	SEGURO:
05 FEV. 2013	05 FEV. 2013
GURUOS	

A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA, HORAS E LOCAL CITADOS, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA EM FRENTE A FIRMA QUE O MESMO TRABALHA, QUANDO DERREPENTE UM VEÍCULO DE PLACAS ACIMA ANOTADAS COLIDIU COM A VITIMA. QUE APÓS O ACIDENTE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA UPA DE CRUZ DE REBOLÇAS (CARASSU - PE), CASO AFETO A DELEGACIA DE ABREU E LIMA - PE.

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

José Alexandre da Conceição
(VITIMA)



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

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?

()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 ()Não

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

b) Exames Complementares ()Sim ()Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clinico 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.

(x)Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

instabilidade grave do joelho direito por lesão de Ica 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 (x)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 medico se pode documentar:

() Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da Vitima).

(x) Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vitima).

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 vitima).

(x) 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

2013/095387

(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 CONCEICAO, PORTADOR/A DO RG Nº 8.654.501 EXPEDIDO POR
SOS-PE EM 29/09/08 CPF/CNPJ Nº 098.492.504-48, PROFISSÃO SEGUERTE
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 CONCEICAO
AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT/ LÍDER 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

SEGURADO PVAT.

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

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

Nº CONTA POUPANÇA _____

SAFE SEG SERVIÇOS

06 FEV. 2013

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

Nº CONTA POUPANÇA _____

CNPJ: 10.494.659/0001-58

Inscrição Municipal: 402.069-3

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

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

Nº CONTA POUPANÇA _____

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



IR)

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

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

Nº CONTA POUPANÇA 00012542-7

3122

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DO VÁLOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VÁLOR 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 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.

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

NCL: 002399

AGENCIA: 3122
HORA: 15:43:30
AUT: 0133

COMPROVANTE DE DEPÓSITO
NUM DOC: 388640

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 3122/013/00 012 542-7
NOME: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO
DEPOSITANTE:
ENVELOPE 4785168048

VALOR TOTAL:

10,00

VALOR DINHEIRO:

10,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800 726 8101

Ouvintoria 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 PE médico:

DANOS

Dano	% Dimensão	Graduação
Danos não definidos.		

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 PE médico:

DANOS

Dano	% Dimensão	Graduação
Danos não definidos.		

Valor avaliado: 2.531,25