

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: 27/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEILSON ASSIS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 000000001598-2

Nr. da Autenticação A81552C00CC42762

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2014

Carta nº: 5108234

A/C: GEILSON ASSIS DA SILVA

Sinistro: 2014792855
Vitima: GEILSON ASSIS DA SILVA
Data Acidente: 08/01/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

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!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2014

Carta nº: 5253213

A/C: GEILSON ASSIS DA SILVA

Sinistro: 2014792855
Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA
Data Acidente: 08/01/2013
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, 31 de Outubro de 2014

Carta nº: 5555232

A/C: GEILSON ASSIS DA SILVA

Sinistro: 2014792855
Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA
Data Acidente: 08/01/2013
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: **GEILSON ASSIS DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000733**

Conta: **000001598-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Geilson Assis da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Gomes da Silva, 675
Loteamento Pedras de Fogo PB CEP: 58328-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 321530
Data local do exame: [20/10/2014] João Pessoa [PB]

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)

Periciando vítima de acidente de carro, sofreu TCE leve.

- 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.

Quadro tratado conservadoramente, evolução satisfatória, teve alta definitiva em 10/02/2013.

- 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.

Periciando sequelado de TCE leve, refere queixas de cefaléia, tontura e lapsos de perda de memória.

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):

Crânio.

% do dano: (X) 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

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.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



DR. JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 4518 TEOT. 0334



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, GEILSON ASSIS DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 3215309 e inscrito no CPF/MF sob o nº 066.542.364-05, residente e domiciliado na RUA MANOEL GOMES DA SILVA, 675 Bairro LOTEAMENTO PLANICIDADE PEDRAS DE FOGO, Estado PARAIBA, 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:

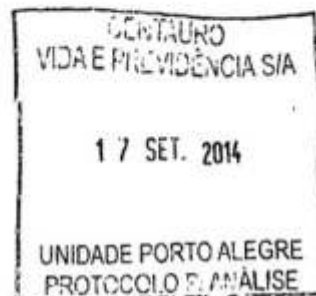
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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-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.

Geilson Assis da Silva
Assinatura do

declarante
conforme documento de
identificação



Porto Alegre, 29 de Agosto de 2014

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GEILSON ASSIS DA SILVA

RG nº 3215309, data de expedição 02/05/13, Orgão DETRAN-PE

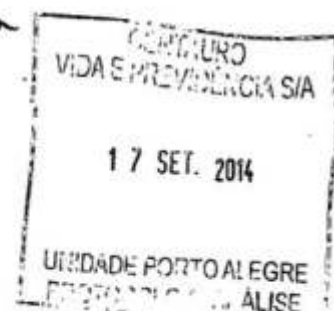
CPF nº 066.542.364-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	MANOEL GOMES DA SILVA
Número	675
Apto / Complemento	/
Bairro	LOTEAMENTO PLANALTO
Cidade	PEDRAS DE FOGO
Estado	PARAÍBA
CEP	58328-000
Telefone de Contato	3566-4012 / 3566-4013
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Paraíba 09/09/2014

Assinatura do Declarante: x Geilson Assis da Silva





CONTRATO
VIDA E PREVIDENCIA S/A
17 SET. 2014
EMPRESA DE PORTO ALEGRE
FACILIDADE S/A ANALISE

ACCOUNTING PERIOD (YR)	VALUE ADDED (\$ MIL)	LABOR WAGES (\$ MIL)	SALES (\$ MIL)	UNIT PROD.	1980 NO. EMP.	EMP/1000 AD VAL	AD VAL (\$ MIL)
1979	1.65	1.25	14.11	14.11	220	2.1	1.41
1980	2.79	2.43	14.02	14.02			
1981	3.26	2.86	15.32	15.32			

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA C
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

DA UNIDADE: 6644996 CGC/CPF: 08.778.268.0049/05

HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

D: AVENIDA DEPUTADO ADAUTO PEREIRA DE LIMA, 01

INICÍPIO: ITABAIANA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Nome: GELSON ASSIS DA SILVA

Idade: 02/08/1986

Idade: 0 anos) meses) de idade dias) de idade Sexo: M

Id: MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS

Profissão: MOTORISTA

Documento: rg - 3215309

Endereço: RUA MANOEL GOMES DA SILVA

Nº: 175

Cidade: MANCUEIRA

Endereço: PRAÇA DE FOGO - PB - 56328000 - 251120

Telefone: 08/01/2013 12:34:17

Tempo: 30204

PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

PAZIENTE VITIMA DE AC. DE TRAFICANTE
EM CASO EM CASO CASO CASO

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS



MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

SE 0.0% 1000-0 IV 16/10. 10 2013

1.

01 - ELETIVO

CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

TET + FER. CAP. COMISSO DE CASO
CASO CASO

MEDICAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO:

CID-10:

1. PRECATORIA

2. OBSERVAÇÃO

3. RESIDÊNCIA

2. APLICADA

4. OUTRO HOSPITAL

5. OBITO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

6. INTERNAÇÃO

7. OUTROS

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) RESPONSÁVEL(S): CAMBIO

CNS

CRM

ASS. DO PACIENTE/COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIRETO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CAMBIO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CAMBIO

CONVÊNIO
VIDA E PREVIDÊNCIA

17 SET. 2014

UNIDADE PORTO ALEGRE
PROTOCOLO ANALISE



SECRETARIA DE SAÚDE

HRI - HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Paciente: Geilson Assis da Silva
Data: 08/01/2013

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Arcabouço ósseo visível de aspecto anatômico.

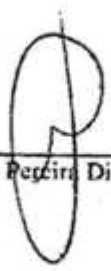
Seios costofrênicos livres.

Área cardíaca anatômica.

Campos pleuro-pulmonares normotransparentes.

RADIOGRAFIA DO CRÂNIO

Ausência de sinais aparentes de fratura.


Dr. Methódio M. Pereira Diniz Filho CRM: 5730

Endereço: Avenida Deputado Adauto Pereira de Lima, s/n
Loteamento Nova Itabaiana – Itabaiana/PB
CEP: 58.360-000
Tel.: (83) 3281-2640 / Tel./Fax: (83) 3281-2156



754783655

11-11-1963 09:52 (10/10/63)
 754783655
 6374700053
 25/12/1963
 16/11/2005





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 9430241929
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 45004344-4 00/00000000 2012

FUNDO M DE S DE JERTPIRANGA

11164805000197 MO55011/PB

NOVO PB 48BXB05URCP166302

ESP/CONTINENTE/PAIS/ANCI/PAIS/COE

V6/SAVETRO MODIFICAR ARL 2012 2012

05P/0.1179 104CV OFICIAL BRANCA

IP	IPVA, PASEO EM	27/01/2012	1
V	PASSEIO	INVENTARIA	2
N	REVENHA	0	31

RECEBIMOS DO DETRAN - PB 27/01/2012

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

2 EIXOS

JURUPIRANGA - PB 40885

26/03/2012

31054

CENTRO
VIDA E PREVIDENCIA SIA

17 SET. 2014

UNIDADE PORTO ALEGRE
PROTEÇÃO ALISE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



SINISTRO

Número do Sinistro: 2014792855

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data do Acidente: 08/01/2013

CPF: 066.542.364-08 CPF de: Próprio
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Titular do CPF: GEILSON ASSIS DA SILVA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - GEILSON ASSIS DA SILVA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

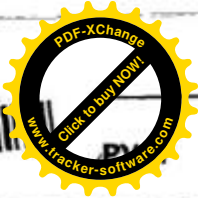
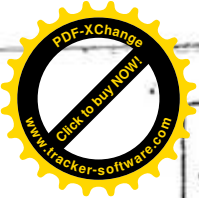
Data: 17/09/2014
Nome: JLR ASSESSORIA
CPF:

JLR ASSESSORIA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 17/09/2014 17:59
Nome: JULIANA DA ROSA SILVA
CPF: 018.236.490-92

Juliana Silva
Centaurus Vida e Previdência S/A



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INE



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário 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, GELSON ASSIS DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 3215309

EXPEDIDO POR DETRAN-PE

EM 02/05/2014

CPF 066542364-08 / CNPJ 070000000000000000, PROFISSÃO MOTORISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Gelson Assis da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, 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.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 104 AGÊNCIA 0133 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 01598-9

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL

São Paulo

DATA

29/08/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Gelson Assis da Silva



ATENÇÃO

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradora.com.br ou ligue para o SAC 0800 010 0120.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. CIDADE ANTIGA

DATA: 01/09/2014

HORA: 13:13:03

TERMINAL: 19091016

CONTROLE: 190910160110

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0733.001.00001598-2

NOME: GEILSON ASSIS DA SILVA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 4,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 3840504165

NÚMERO DE CONTROLE: 244285207

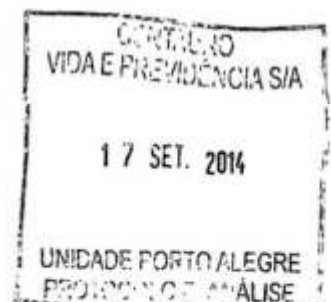
A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

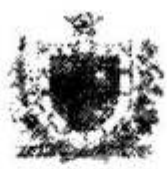
Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 185/2014

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, revendo o Livro 01/2014, encontramos a ocorrência de nº 185/2014, que passamos a transcrever na íntegra: Aos 04 (quatro) dia do mês setembro do ano de 2014 (dois mil e catorze), nesta cidade de Juripiranga, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente JOÃO AMARO GOMES FILHO, Delegado de Polícia Civil, comigo, Policial Civil atendente, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 11h42min, compareceu o senhor **GEILSON ASSIS DA SILVA**, brasileiro, casado, natural de Itambé/PE, alfabetizado, com 28 anos de idade, nascido aos 02/09/1986, filho de Gilvan Rodrigues da Silva e Maria das Graças Cordeiro de Assis, RG. 32155309 SSP/PB, CPF 066.542.364-08, Carteira de Habilitação nº 03727022091, residente na Rua Manoel Gomes da Silva, nº 675, Planalto - Pedras de Fogo/PB, telefone: (81) 9419.5926, o qual passou a NOTICIAR:

Afirma o noticiante que trabalha como motorista da Prefeitura de Juripiranga/PB e no dia 08 de janeiro de 2013, conduzia uma ambulância, vindo de Itabaiana para Juripiranga, quando repentinamente outro veículo colidiu com a traseira da ambulância, fazendo com que a ambulância também colidisse com uma barreira; Afirma o noticiante que teve ferimentos na cabeça, tendo sido socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Itabaiana, onde foi submetido a sutura; QUE a ambulância era tipo SAVEIRO, PLACA MOS5071/PB e o outro veículo era um FORD ECOSPORT, COR PRATA, PLACA F6B5548 e seu ocupante foi preso em flagrante delito por dirigir embriagado.

Era o que continha dita ocorrência. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, excepo a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Juripiranga/PB, aos 04(quatro) do mês de setembro de 2014 (Dois Mil e catorze), eu policial civil que digitei, assino.

Geilson Assis da Silva
GEILSON ASSIS DA SILVA
 Noticiante

Geilson G. de Lima Santos
 Comissário de Polícia Civil
 MAT. 158.483-3

GENTAURO
 VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

 17 SET. 2014

 UNIDADE PORTO ALEGRE
 PROTOCOLO DE ANÁLISE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014792855 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA **Data do acidente:** 08/01/2013 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/09/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico

Resultados terapêuticos: Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014792855 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA **Data do acidente:** 08/01/2013 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Periciando vítima de acidente de carro, sofreu TCE leve.

Descrição do exame médico pericial: Periciando sequelado de TCE leve, refere queixas de cefaleia, tontura e lapsos de perda de memória.

Resultados terapêuticos: Quadro tratado conservadoramente, evolução satisfatória, teve alta definitiva em 10/02/2013

Sequelas permanentes: DANO RESIDUAL NEUROLÓGICO COGNITIVO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/10/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: João Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10%	10 %	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



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: 27/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEILSON ASSIS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 000000001598-2

Nr. da Autenticação A81552C00CC42762

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2014

Carta nº: 5108234

A/C: GEILSON ASSIS DA SILVA

Sinistro: 2014792855
Vitima: GEILSON ASSIS DA SILVA
Data Acidente: 08/01/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

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!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2014

Carta nº: 5253213

A/C: GEILSON ASSIS DA SILVA

Sinistro: 2014792855
Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA
Data Acidente: 08/01/2013
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, 31 de Outubro de 2014

Carta nº: 5555232

A/C: GEILSON ASSIS DA SILVA

Sinistro: 2014792855
Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA
Data Acidente: 08/01/2013
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: **GEILSON ASSIS DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000733**

Conta: **000001598-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Geilson Assis da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Gomes da Silva, 675
Loteamento Pedras de Fogo PB CEP: 58328-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 321530
Data local do exame: [20/10/2014] João Pessoa [PB]

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)

Periciando vítima de acidente de carro, sofreu TCE leve.

- 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.

Quadro tratado conservadoramente, evolução satisfatória, teve alta definitiva em 10/02/2013.

- 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.

Periciando sequelado de TCE leve, refere queixas de cefaléia, tontura e lapsos de perda de memória.

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):

Crânio.

% do dano: (X) 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

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.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



DR. JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 4518 TEOT. 0334



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, GEILSON ASSIS DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 3215309 e inscrito no CPF/MF sob o nº 066.542.364-05, residente e domiciliado na RUA MANOEL GOMES DA SILVA, 675 Bairro LOTEAMENTO PLANICIDADE PEDRAS DE FOGO, Estado PARAIBA, 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:

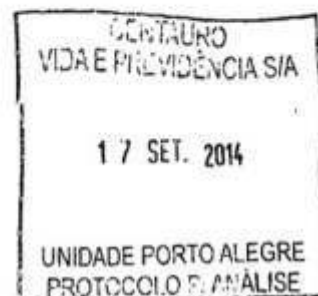
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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-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.

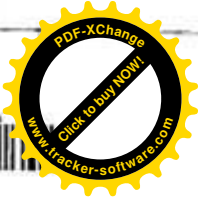
Geilson Assis da Silva
Assinatura do

declarante
conforme documento de
identificação



Porto Alegre, 29 de Agosto de 2014

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GEILSON ASSIS DA SILVA

RG nº 3215309, data de expedição 02/05/13, Orgão DETRAN-PE

CPF nº 066.542.364-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	MANOEL GOMES DA SILVA
Número	675
Apto / Complemento	/
Bairro	LOTEAMENTO PLANALTO
Cidade	PEDRAS DE FOGO
Estado	PARAÍBA
CEP	58328-000
Telefone de Contato	3566-4012 / 3566-4013
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Paraíba 09/09/2014

Assinatura do Declarante: Geilson Assis da Silva

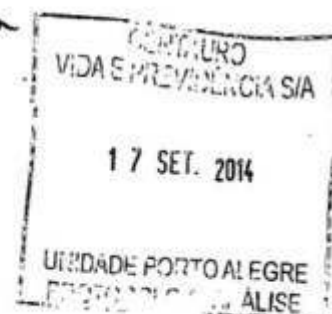




Fig. 2. The effect of the concentration of the solution of the initiator on the rate of polymerization of α -methylstyrene in the presence of Cu^{2+} ions. The reaction conditions: $[\text{M}] = 0.05 \text{ M}$, $[\text{Cu}^{2+}] = 0.001 \text{ M}$, $[\text{H}_2\text{O}_2] = 0.001 \text{ M}$, $[\text{H}_2\text{SO}_4] = 0.001 \text{ M}$, $T = 30^\circ\text{C}$.



SECRETARIA DE SAÚDE

HRI - HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Paciente: Geilson Assis da Silva
Data: 08/01/2013

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Arcabouço ósseo visível de aspecto anatômico.

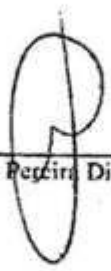
Seios costofrênicos livres.

Área cardíaca anatômica.

Campos pleuro-pulmonares normotransparentes.

RADIOGRAFIA DO CRÂNIO

Ausência de sinais aparentes de fratura.


Dr. Methódio M. Pereira Diniz Filho CRM: 5730

Endereço: Avenida Deputado Adauto Pereira de Lima, s/n
Loteamento Nova Itabaiana – Itabaiana/PB
CEP: 58.360-000
Tel.: (83) 3281-2640 / Tel./Fax: (83) 3281-2156



4102 100 100

[illegible]



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 9430241929
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 45004344-4 00/00000000 2012

FUNDO M DE S DE JERTPIRANGA

11164805000197 MO55011/PB

NOVO PB 48BXB050XCPL66302

ESP/CONTINENTE/PAIS/ANCI 1/ATCO/6 COL

V6/SAVETRO MODIFICAR ARL 2012 2012

05P/0.1179.104CV OFICIAL BRANCA

IP	IPVA, PASEO EM	27/01/2012	1
V	PASSEIROS	27/01/2012	2
N	RENTAL	0	31

RECIBO 27/01/2012

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

2 EIXOS

JURUPIRANGA - PB 40885

26/03/2012

31054

CENTRO
VIDA E PREVIDENCIA SIA

17 SET. 2014

UNIDADE PORTO ALEGRE
PROTEÇÃO ALISE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



SINISTRO

Número do Sinistro: 2014792855

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data do Acidente: 08/01/2013

CPF: 066.542.364-08 CPF de: Próprio
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Titular do CPF: GEILSON ASSIS DA SILVA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - GEILSON ASSIS DA SILVA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

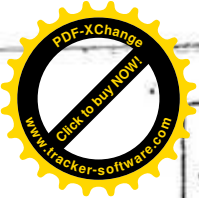
Data: 17/09/2014
Nome: JLR ASSESSORIA
CPF:

JLR ASSESSORIA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 17/09/2014 17:59
Nome: JULIANA DA ROSA SILVA
CPF: 018.236.490-92

Juliana Silva
Centauro Vida e Previdência S/A



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INE



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário 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, GELSON ASSIS DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 3215309

EXPEDIDO POR DETRAN-PE

EM 02/05/2014

CPF 066542364-08 / CNPJ 070000000000000000, PROFISSÃO MOTORISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Gelson Assis da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, 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.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO JOH AGÊNCIA 0133 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 01598-9

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL

São Paulo

DATA

20/08/2014

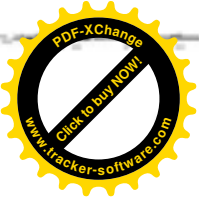
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Gelson Assis da Silva



ATENÇÃO

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradora.com.br ou consulte o site da seguradora.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. CIDADE ANTIGA

DATA: 01/09/2014

HORA: 13:13:03

TERMINAL: 19091016

CONTROLE: 190910160110

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0733.001.00001598-2

NOME: GEILSON ASSIS DA SILVA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 4,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 3840504165

NÚMERO DE CONTROLE: 244285207

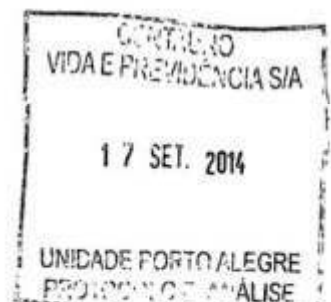
A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 185/2014

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, revendo o Livro 01/2014, encontramos a ocorrência de nº 185/2014, que passamos a transcrever na íntegra: Aos 04 (quatro) dia do mês setembro do ano de 2014 (dois mil e catorze), nesta cidade de Juripiranga, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente JOÃO AMARO GOMES FILHO, Delegado de Polícia Civil, comigo, Policial Civil atendente, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 11h42min, compareceu o senhor **GEILSON ASSIS DA SILVA**, brasileiro, casado, natural de Itambé/PE, alfabetizado, com 28 anos de idade, nascido aos 02/09/1986, filho de Gilvan Rodrigues da Silva e Maria das Graças Cordeiro de Assis, RG. 32155309 SSP/PB, CPF 066.542.364-08, Carteira de Habilitação nº 03727022091, residente na Rua Manoel Gomes da Silva, nº 675, Planalto - Pedras de Fogo/PB, telefone: (81) 9419.5926, o qual passou a NOTICIAR:

Afirma o noticiante que trabalha como motorista da Prefeitura de Juripiranga/PB e no dia 08 de janeiro de 2013, conduzia uma ambulância, vindo de Itabaiana para Juripiranga, quando repentinamente outro veículo colidiu com a traseira da ambulância, fazendo com que a ambulância também colidisse com uma barreira; Afirma o noticiante que teve ferimentos na cabeça, tendo sido socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Itabaiana, onde foi submetido a sutura; QUE a ambulância era tipo SAVEIRO, PLACA MOS5071/PB e o outro veículo era um FORD ECOSPORT, COR PRATA, PLACA F6B5548 e seu ocupante foi preso em flagrante delito por dirigir embriagado.

Era o que continha dita ocorrência. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Juripiranga/PB, aos 04(quatro) do mês de setembro de 2014 (Dois Mil e catorze), eu policial civil que digitei, assino.

Geilson Assis da Silva
GEILSON ASSIS DA SILVA
Noticiante

Geilson G. de Lima Santos
Comissário de Polícia Civil
MAT. 156.483-3

CENTAUR
VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

17 SET. 2014

UNIDADE PORTO ALEGRE
PROTOCOLO DE ANÁLISE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014792855 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA **Data do acidente:** 08/01/2013 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/09/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico

Resultados terapêuticos: Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014792855 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA **Data do acidente:** 08/01/2013 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Periciando vítima de acidente de carro, sofreu TCE leve.

Descrição do exame médico pericial: Periciando sequelado de TCE leve, refere queixas de cefaleia, tontura e lapsos de perda de memória.

Resultados terapêuticos: Quadro tratado conservadoramente, evolução satisfatória, teve alta definitiva em 10/02/2013

Sequelas permanentes: DANO RESIDUAL NEUROLÓGICO COGNITIVO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/10/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: João Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10%	10 %	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

