

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: 04/12/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 13.500,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS GONCALVES

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00007

CONTA: 000001001021-3

Nr. da Autenticação 5C401514A80440A2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013730969**Cidade:** Porto da Folha**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JOSE CARLOS
GONCALVES**Data do acidente:** 10/04/2013**Emissor do
parecer:** Arnaldo
Kacelnik**Seguradora:** MBM
SEGURADORA S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA
ESPEC.EM SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 312915

PARECER

Data da análise:	02/12/2013
Valoração do IML:	
Perícia médica:	Não
Diagnóstico:	TRAUMA CRANIO ENCEFALICO
Resultados terapêuticos:	TTO CONSERVADOR
Sequelas permanentes:	HEMIPARESIA A E
Sequelas:	Com sequela
Conduta mantida:	
Quantificação das sequelas:	TOTAL DA IS
Documentos complementares:	
Observações:	
Valor pleiteado:	13.500,00
Médico avaliador:	ARNALDO KACELNIK
UF do CRM do médico:	RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100	1	100

Valor avaliado: 13.500,00



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Jose Carlos Gonçalves
 PORTADOR(A) DO RG Nº 573.996 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 21/12/05 E
 CPF 15400000005-25 /CNPJ _____, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Carlos Gonçalves, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

MBM

*1004039



13 NOV 2013

❗ 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 047 AGÊNCIA 007/00 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 01/0010.91-3

☐ 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 Araçá-JEDATA 06/11/13

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Jose Carlos Gonçalves

❗ 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 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

**Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT**
SINISTRO

Número do Sinistro: 2013730969

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: JOSE CARLOS GONCALVES
CPF: 154.000.005-25 CPF de: Próprio Titular do CPF: JOSE CARLOS GONCALVES
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do Acidente: 10/04/2013

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 - JOSE CARLOS GONCALVES			
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: 13/11/2013
Nome: CORREIOS
CPF:

CORREIOS

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 13/11/2013 17:10
Nome: Claudio Martins Dias
CPF: 033.213.747-30

Claudio Martins Dias



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: JOSÉ CARLOS GONÇALVES

DATA DA ENTRADA: 11/04/13

DATA DA SAÍDA: 19/04/13

INTERNAÇÃO: PS (☒)

ENFERMARIA (☒)

UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente em consulta no setor de
Atendimento de Transição, apresentando
enfermagem.
Por avaliação, indicado, e div. de alta hospitalar.
Fim.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Não cirúrgico

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

*1004



EXAMES COMPLEMENTARES:

Ex de urina: HSA positiva, proteína negativa
Ex de cultura: normal

MÉDICOS ASSISTENTES:

Não cirúrgico

MBM
SEGURADORA

13 NOV 2013

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (☒)

TRANSFERIDO ()

ÓBITO ()

ARACAJU,
Silvio César V. Almeida
Análise de Prontuários / SAME/MUSE
CRM/SE - 2510

MÉDICO

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário

TUGJ

ASSINATURA E. CARTIMBO DO MEDICO

A TC não visualiza a fratura nos ossos de face. Ilustrado de M. Coimbra
Cirurgião - Dentista

~~Laci Maria L. M. Calmes~~
~~Cirurgia - Dentista~~
~~CRD BE 642~~

As. *ichneumon* : comatosa, sob um, selado.
localiza estímulos bilateralmente
pequenas, inócuas, fotopagantes
E.C.G. : 77.

ULTRASONOGRAFIA

Dr. Acácio T. Faria
Médica Ultrassonografia
CRM - 1215

E. C. de Souza B. - Diretor
 Neurocirurgião -
 CRM-SP 3051
 Rua Campos, 671 - B. São José,
 Jd. Leopoldo C. Sale - 17

Erick de Souza Barbosa
Neurocirurgião
CRM 3051
Rua Camões, 671 - B. - São José
Macacão C, Sala 04

$$N(\Omega)$$

TC de Yânelo

HTA traumática parietal derecha
velamento de sus marfiles dere-
cho y etmoidal

TC de columna cervical: fract. evidentes.

2: Intermediate

Erick de Souza Barbosa
Neurocirurgião
CRM-SE 3051
Rua Campos, 671 - B. São José
Recife PE, 53120-2

Pela eg

Plt. virens al. mofo, em contato com a
superfície de pedras apertadas.
Am. flexuosa.

and bel 2 Lr. & use AB name
Robe

① Superficie clivus patitur

③ Interesse pela NCR

Roberto P. Borges Neto
Médico
CRM - 355

13 NOV 2013