

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: 05/01/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ESTEVO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 00000029595-6

Nr. da Autenticação 0F918538F5ED9EAA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 2014775408 - 1

Nome do(a) Examinado(a): JOSE ESTEVO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA EPITACIO PESSOA nº 500 - BARROCAS - MOSSORÓ/RN

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 1553124 - SSP

Data local do exame: 01/10/2014 MOSSORÓ/RN

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)

TRAUMA CORTO-CONTUSO DE ANTEBRAÇO D

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?

SIM NÃO

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?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CONSERVADOR . ALTA MEDICA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

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.

DIMINUIÇÃO DISCRETA DA PRONO-SUPINAÇÃO DE ANTEBRAÇO D . EDEMA . DOR

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MSD

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - MOSSORÓ, 01/10/2014

Médico Perito: GUSTAVO DE OLIVEIRA CAMOCARDI CRM: 52663824

Dr. Gustavo O. Camocardi
Médico
CRM-52.66382-4
CPF 037.954.897/32

Assinatura do perito Examinador - CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014775408
Vítima: JOSE ESTEVO DA SILVA

Cidade: Mossoró
Data do acidente: 14/07/2014

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO DE ANTEBRAÇO D

Descrição do exame DIMINUIÇÃO DISCRETA DA PRONO-SUPINAÇÃO DE ANTEBRAÇO D . EDEMA . DOR
médico pericial:

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR . ALTA MEDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/10/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: GUSTAVO DE OLIVEIRA CAMOCARDI

CRM do médico: 52663824

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25%	17,5 %	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

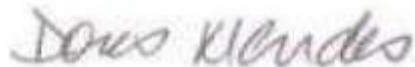
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2015

Carta n°: 6076080

A/C: JOSE ESTEVO DA SILVA

Sinistro: 2014775408
Vitima: JOSE ESTEVO DA SILVA
Data Acidente: 14/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE ESTEVO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 0000029595-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

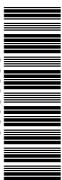
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÉIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME JOSE ESTEVO DA SILVA		DOC. IDENTIDADE / ORGANISMO IF 1553124	ITEP	BN
CPF 967.197.374-49		DATA NASCIMENTO 23/03/1967		
NOME MANOEL ESTEVO FILHO				
ELITE LIMEIRA DA SILVA		PERMISSÃO	ACC	CABANA
NP. INSCRIÇÃO 881805742	DATA 03/12/2013	PERMISSÃO 23/08/1994		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO				
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL				
881805742				
PROIBIDO PLASTIFICAR				
DETTRAN-RN (RIO GRANDE DO NORTE)				

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSE ESTEVO DA SILVA

ASSINATURA DO PEGADOR

LOCAL
MOSSORÓ, RN

DATA EMISSÃO
11/12/2013

05877650858
RN701875221

8876-4320

**MBM
SEGURADORA**

12 SET. 2014

SINISTRO DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2015

Carta n°: 6076080

A/C: JOSE ESTEVO DA SILVA

Sinistro: 2014775408
Vitima: JOSE ESTEVO DA SILVA
Data Acidente: 14/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE ESTEVO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 0000029595-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

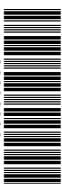
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



- (1) Aspirin
- (2) Cetrimide
- (3) Lemon + mint oil

J. K. T.
After

Indicated simple & continuous endorsement.

12/26

- 1) Psoríase
2) celulite
3) humor + máx p/ opç

J. M. A.

Indicado para a cura e condicões endovenosas.

12/09/2014





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA JUSTIÇA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ
DELEGACIA DE PLANTÃO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 951/2014.

NATUREZA POLICIAL: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

LOCAL: AV. ALBERTO MARANHÃO, MOSSORÓ/RN.

DATA DO FATO: 14/07/2014.

HORA: 07h40min.

COMUNICANTE: JOSÉ ESTEVO DA SILVA, brasileiro, portador do RG nº 1553124/SSP/RN, nascido aos 23.03.1967, filho de Manoel Estevo Filho e de Eliete Limeira da Silva, Residente na Rua Epitácio Pessoa, nº 500, Barrocas, Mossoró/RN, telefone: 84-8876.4320.

VÍTIMA: O COMUNICANTE.

ACUSADO:

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: Informa o comunicante que na data e horário supramencionado, trafegava pela via acima pilotando um ciclomotor tipo BASHAN JONNY/JONNY MEET 50 cilindradas, ano modelo 2012, chassi LHJXCBLA2DB400965, de cor preta em nome de Maria José da Silva, o mesmo seguia com destino a Rua Presidente Dutra, quando foi surpreendido por um veículo não identificado que bateu de frente com a motocicleta que a vítima pilotava, sendo arremessado violentamente contra o chão, daí foi socorrido ao UPA do Alto São Manoel, nesta cidade de Mossoró/RN, apresentando as lesões descritas no Boletim de Atendimento Médico exibido neste momento.

OBSERVAÇÃO: As informações prestadas são de inteira responsabilidade do comunicante.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Entrega da 1ª via ao comunicante e encaminhamento da cópia à delegacia competente/RN.

Mossoró/RN, 22 de julho de 2014.

José Estevo da Silva

Assinatura do(a) comunicante

Cristiano Alves de Lima - EPC
Mat. 190.933-9



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, João Estevão da Silva, PORTADOR(A) DO RG Nº 1.553.124 EXPEDIDO POR J.TBP-RN/0100011, 12/13 E CPF 967197304-49 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Motorista E RENDA MENSAL DE R\$ NAO APPLICA NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Estevão da Silva. 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.

! 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 _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE

MBM

SEGURADORA

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

12 SET. 2014

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 2064 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

SINISTRO DPVAT

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

LOCAL Macau - RNDATA 27/08/14ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) X JOSE ESTEVO da Silva

! 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.

Caixa Econômica Federal

Lotérica

Caixa

SAC 0800 726 0101
OVIDORIA 0800 725 7474
OVIDORIA 0800 725 7474

224-595285213-7

12/06/2014

HORA DF 07:13:59

CT: 17.13951-4

TERM: 004674

QUALIDADE: MOSSORÓ

VINCULADA: 3064

CONTROLE: 693726933

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3064 013 00029595-6

JOSE ESTEVO DA SILVA

44.00

00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

224-595285213-7

Nº DO CLIENTE

