

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: 07/08/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO MARQUES FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02170-9

CONTA: 000000010113-3

Nr. da Autenticação 4620B3E25F3DA8C5

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número:	2013372669	Cidade:	Afogados da Ingazeira	Natureza:	Invalidez Parcial
Vítima:	JOAO MARQUES FILHO	Data do acidente:	13/04/2013	Emissor do parecer:	Helio Flavio Faustino
Seguradora:	CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	Prestadora:	SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.	CRM do médico:	17727

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANK A DIREITA E LESÃO EM JOELHO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PERICIANDO APRESENTA CLAUDICAÇÃO INTENSA NA MARCHA, ARTRODESE DO MÉDIO PÉ DIREITO, EDEMA IMPORTANTE E DIFICULDADE EM PISAR COM RESTRIÇÃO TOTAL DOS MOVIMENTOS DO PÉ POREM COM DANOS PROJETADOS SEVERAMENTE PARA A FUNÇÃO DO MID

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO GRAVE DO MID

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 02/08/2013

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: Galdino Leonardo

UF do CRM do médico: PE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	75

Valor avaliado: 7.087,50

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

Informações do Acidente

Processo: 2013372669
Nome da Vítima: Joao Marques Filho
Local do Acidente: AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE
Data do Acidente: 13/04/2013

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

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

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

Resposta: MEMBRO INFERIOR 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.

Resposta: CLAUDICAÇÃO NA MARCHA E ARTRODESE DO MÉDIO PÉ

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim ☒ **Não**

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que:

☐ Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de exame(s) complementar(es).

☐ 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

☒ **O quadro cursa com dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.**

SEQUELA DE LESÕES GRAVE NO PÉ(FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANK) E LEVE NO JOELHO DIREITOS, APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM DIFICULDADE DE PISAR, EDEMA IMPORTANTE NO PÉ COM ARTRODESE NO MÉDIO PÉ

V. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

☒ **Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas**

parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

Em se tratando de enquadramento como 'parcial' informar se o dano é 'completo' ou 'incompleto':

() Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

(X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)

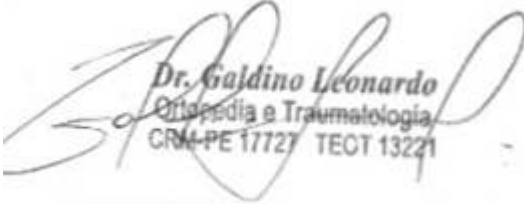
Segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as sequelas definitivas então identificadas.

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) sequela(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.

Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior		
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral		
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica		
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	1ª Lesão	75% (grave)
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés		
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar		
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé		
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho		
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral		
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço		

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: Galdino Leonardo
Registro no CRM: PE 17727
Local do Exame: Recife - PE
Data do Exame: 02/08/2013



Dr. Galdino Leonardo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 17727 TECT 13221

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

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.

Nº DO SINISTRO:

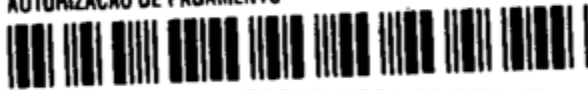
Eu, JOAO MARQUES FILHO Portador(a) do RG: 5.380.642 Expedido por SSP/PE e CPF: 031.968.594-28 Profissão: e renda mensal de R\$, na qualidade de beneficiário(a) do valor referente a indenização/reembolso do seguro obrigatório DPVAT da vítima: JOAO MARQUES FILHO autorizo a Seguradora **Centauro Vida e Previdência S/A** a efetuar o respectivo Pagamento/Crédito, de acordo com a forma 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.

- 1 - ☐ **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE**
Nº BANCO: Nº AGÊNCIA: Nº C/C:
- 2 - ☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
Nº BANCO: Nº AGÊNCIA: Nº C/P:
- 3 - ☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
Nº BANCO: Nº AGÊNCIA: Nº C/P:
- 4 - ☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO SANTANDER**
Nº BANCO: Nº AGÊNCIA: Nº C/P:
- 5 - ☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL**
Nº BANCO: Nº AGÊNCIA: Nº C/P:

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



25 JUN. 2013

- Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade.
- Uma vez efetuado o Pagamento/Crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

RECIFE 14 DE JUNHO DE 2013
Local e Data

João Marques Filho
Assinatura do Beneficiário

SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
03/06/2013 Autoatendimento 12:02:09
217073341 1090

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO

CLIENTE

JOAO MARQUES FILHO

AGENCIA: 2170-9

CONTA: 10.113-3

VALOR TOTAL

40,00

NR. ENVELOPE

2.318.187.214

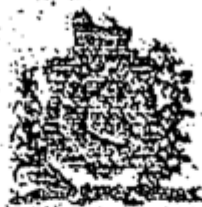
* Valor sujeito a conferência.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

25 JUN. 2013

506162



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA
INGAZEIRA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 13E0257000562

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/05/2013 às 13:58

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu
no dia 13/4/2013 às 21:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 0001, PE 292 - Bairro:
ZONA RURAL - Município: AFOGADOS DA INGAZEIRA - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL
Local do Fato: RODOVIA - Próximo: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
ALEXSANDRO MARCOS DE LIMA (TESTEMUNHA)
MARIA SALOME MARQUES DA SILVA (TESTEMUNHA)
JOAO MARQUES FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse de: Sr(s): JOAO MARQUES FILHO

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

(VITIMA) - JOAO MARQUES FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: JOVELINA MARQUES DA SILVA. Pai: JOAO MARQUES DA SILVA Data de Nascimento: 16/12/1945; Naturalidade: NAO
INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO

Documento: 5380642/SSP/PE (RG), 55707980725 (CPF), 01024010172 (CNH) Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade:
NAO INFORMADO; Profissão: AGRICULTOR(A); Telefone do Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: 8796017668; Original, que me foi
Entregue: RUA PAULO VI, 15, CASA 0, PAULO VI, ITAPETIM, PERNAMBUCO, BRASIL. PROXIMO: ALEGIO
EVOLUÇÃO
Endereço Comercial: NAO INFORMADO
Dados Comerciais: NAO INFORMADO

Detalhes/Observações: NATURAL DE ITAPETIM/PE/ CASADO/IGUAL INCOMPL.

(TESTEMUNHA) - ALEXSANDRO MARCOS DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: NAO INFORMADO; Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: NAO INFORMADO; Naturalidade: NAO INFORMADO
NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO

Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Sexo: AUTONOMO(A); Telefone do Contato: NAO
INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO
Endereço Residencial: RUA VALDEMIRO LEITE SOARES, 411, CASA 1, CENTRO, TABIRA, PERNAMBUCO, BRASIL
Endereço Comercial: NAO INFORMADO
Dados Comerciais: NAO INFORMADO

(TESTEMUNHA) - MARIA SALOME MARQUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: SEVERINA ALVES SILVA. Pai: DOMICIO VIANA DA SILVA Data de Nascimento: 23/5/1963; Naturalidade: NAO
INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO

Documento: 2739179/SSP/PE (RG) Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: PROFESSOR(A)
Telefone do Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO
Endereço Residencial: RUA PAULO VI, 15, CASA 0, PAULO VI, ITAPETIM, PERNAMBUCO, BRASIL
Endereço Comercial: NAO INFORMADO



Olinda,
21 JUN. 2013
CAITACIO FRANCISCO
SERVIDOR NOTARIAL DE OLINDA
Ponte (011) 3430-1202 - 3430-0001 FAX (011) 3430-1202
CONFEITO POR OLIVEIRA FERREIRA



25 JUN. 2013

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Página 2 de 2

Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

Detalhes/Observações: NATURAL DE ITAPEM/CASADA

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) JOAO MARQUES FILHO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOAO MARQUES FILHO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / HONDA / CB330R - Chassi apreendido: Não - Número de Série: NÃO INFORMADO
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (TONELADA) - Valor Unitário: (MOEDA: NÃO INFORMADA)

Placa: KHE7707 (PERNAMBUCO / ITAPEM) Relatam: 203250844 Chassi: 3C2NC4310AR074433
Ano Fabricação/Modelo: 2010 / 2010 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

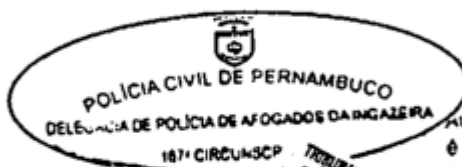
A VÍTIMA VEIO A ESTA DEPOL. E RELATOU QUE TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA EM QUESTÃO, NO LOCAL E HORÁRIO REFERIDOS NESTE "BOE". SENTIDO AFOGADOS DA INGAZEIRA/ITAPETIM, QUANDO AO ENTRAR EM UMA CURVA, DERRAPOU, VINDO A CAIR DO VEÍCULO. A VÍTIMA TAMBÉM RELATOU QUE POR CAUSA DO IMPACTO DESMAIOU, SENDO SOCORRIDO PELA TESTEMUNHA / ALEXSANDRO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, ONDE FOI ATENDIDO COM TRAUMAS, CONFORME BOLETIM DE EMERGÊNCIA DO MESMO HOSPITAL. JOÃO MARQUES POSSUI CNH NA CATEGORIA "B", VÁLIDA EM 12/JAN/2015.

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

JOAO MARQUES FILHO
(VÍTIMA)

x Maria Salomé Marques da Silva
MARIA SALOMÉ MARQUES DA
SILVA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado pelo policial: JOEL RICARDO DE MEDEIROS PEREIRA - Matrícula: 319632-1



Autentico a presente Cópia fotostática, que
é a reprodução fiel do original, que me foi
apresentado. Dou fé.
Em Teste: _____ da Verdade.
21 JUN. 2013
FRANCISCO GOMES DA SILVA
SERVIÇO NOTARIAL DE OLINDA PER
Rua: (R) 3435-1202 - 3429-0481 Fax: (R) 3435-4002
TABELÃO
CONFECÇÃO POR

25 JUN. 2013



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Solicitação de Ficha de Esclarecimento ao SAME

Nome do Paciente João Marques Filho

Identidade 53 80642 SSPA Telefone Contato _____

Endereço Rua Paulo VI nº 16

Bairro Saulo VI Cidade Itapetim Estado PE

Nome da Mãe Joelina Marques da Silva

Prontuário 914 762

Data da Entrada 14, 04, 13 Cirurgia 14, 04, 13 Alta 17, 04, 13

Nome do Solicitante Mãe Solomé Marques da Silva

Grau de Parentesco Esposa

Laudo para fins de seguro

Obs: _____

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

1004031



☒ Laudo Médico ☒ Cópia do Prontuário

Obs. Para solicitação de cópia de Prontuário anexar a Xerox da identidade ao pedido.

☒ Usou Prótese. Obs.: Ligar após 30 dias.

Recife, 09 de maio 2013

Maria Solomé Marques da Silva

Ligar após 15 dias úteis para saber o andamento do Processo e ter previsão da entrega do Laudo.
(O Laudo só será entregue ao paciente, parente de 1º grau ou procurador)

Informações sobre Laudo é de 08:00 as 12:00 horas por telefone **31845664** de segunda a quinta.

Recebimento e Solicitação de Laudos é das 14:00 as 16:00 no ambulatório térreo de segunda a quinta.


20 a 25 de fev

8 as 11:30h

25 JUN. 2013

Reg: 914762

SR 28

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL GETÚLIO VARGAS		RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR	
NOME DO PACIENTE: <i>João Marques</i>		Nº. DO PRONTUÁRIO: <i>914762</i>	
Nº. DE MATRÍCULA	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO-CÓDIGO	
TRATAMENTO OU OPERAÇÃO REALIZADA: <i>fratura de crânio + drenagem 9 fio K</i>			
ACHADO CIRÚRGICO: <i>fratura de crânio exp. no mu. pi. D</i>			
INTERNADO EM: <i>14.04.13</i>	OPERADO EM: <i>14.04.13</i>	ALTA EM: <i>17.04.13</i>	
NECESSITA COMPLEMENTAÇÃO DE TRATAMENTO AMBULATORIAL: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		VOLTAR AO POSTO DE ORIGEM EM	
OBSERVAÇÕES: <i>João Marques 47 anos</i>		ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE: <i>[Signature]</i>	

*Dr. FERNANDO MACEIRA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
GRUPO 1101*

25 JUN 2013



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

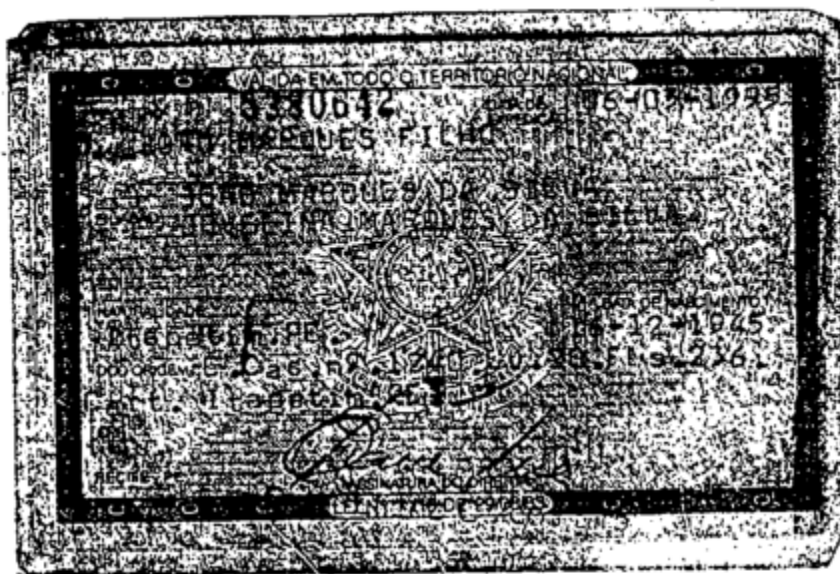
DECLARAÇÃO

DECLARO, PARA OS DEVIDOS FINS,
QUE O PACIENTE JOÃO MARQUES
FILHO, ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO
DE FRATURA DE OSSO DO PÉ
DIREITO.

RECIFE, 14 / 06 / 13

Dr. Tasso Alacón P. de A. Dantas
Médico - CRM/RN 6726
O.R.F. 0515-0706-5010

25 JUN. 2013

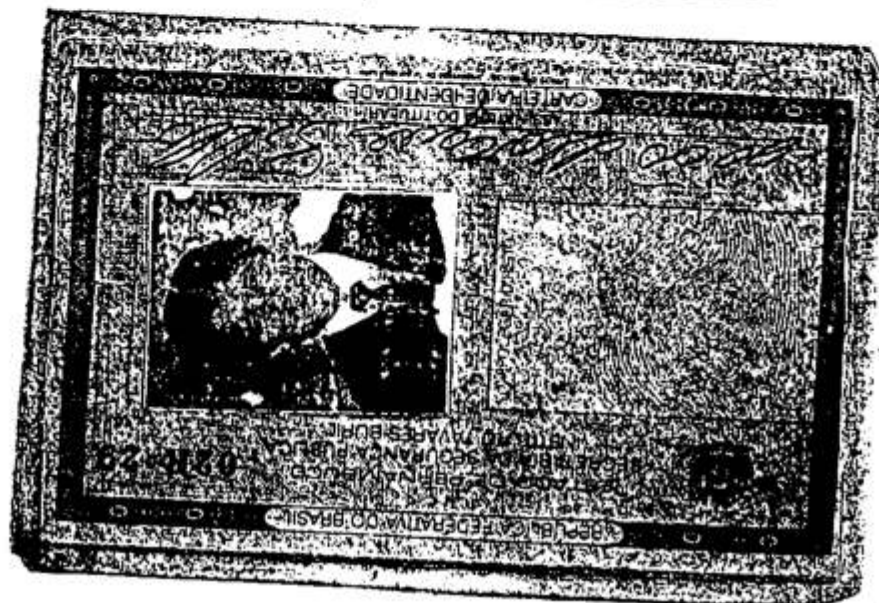
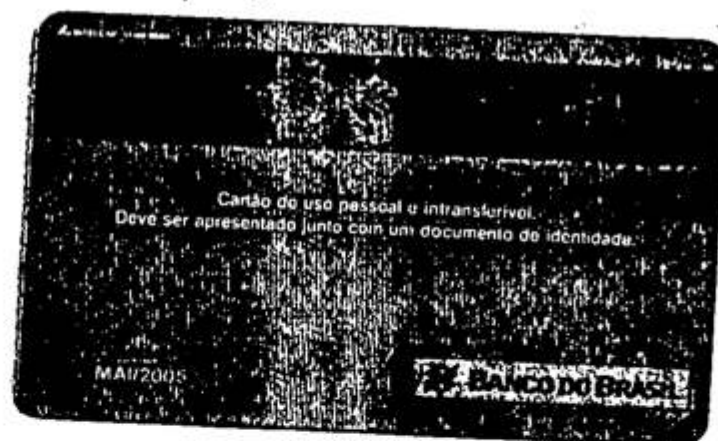


DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

1004037



25 JUN. 2013



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE N° 010100361029
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 209250844 RNTRC ***** EXERCÍCIO 2013

NOME
JOAO MARQUES FILHO

ITAPETIM - PE

CPF/CNPJ
557.079.807-25

PLACA
KHE7707

PLACA ANT./UF

CHASSI
9C2NC4310AR074433

ESPECIE TIPO
PAS - MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/CB 300R

ANO FAB.
2010

ANO MOD.
2010

CAP/POT/CIL
2P/291CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
IPVA 2013 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA
1° *****

FAIXA IPVA
1

PARCELAMENTO/COTAS
2° *****

3° *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

Marcelo de Fátima Deserra R. Costa

ITAPETIM - PE

LOCAL

DATA
20/03/13

Marcelo de Fátima Deserra R. Costa

DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OITAVO SEGURO DPVAT

PE N° 010100361029 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013

CPF/CNPJ
557.079.807-25

PLACA
KHE7707

JOAO MARQUES FILHO

ITAPETIM - PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE N° 010100361029

EXERCÍCIO
2013

DATA EMISSÃO
26/03/13

VIA 1

CPF/CNPJ
557.079.807-25

PLACA
KHE7707

RENAVAM
209250844

MARCA/MODELO
HONDA/CB 300R

ANO FAB.
2010

CATÁR
109

CHASSI
9C2NC4310AR074433

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

QUANTIA SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

GNP J-09 248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

F.I.F. NÃO É DE PORTO OBRIGATORIO

DUT



1004032

25 JUN. 2013



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 506162

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			Placa KHE-7707/PE	
Nome da Vítima JOAO MARQUES FILHO			Natureza 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 16/12/1945	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 557.079.807-25	Data Ocorrência 13/04/2013

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

() Certidão Nº 13E0257000562 da autoridade policial sobre a ocorrência;

() DUT Nº _____ () _____ () _____

() RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários					
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
JOAO MARQUES FILHO	Vítima	VITIMA	16/12/1945	56720-000	557.079.807-25

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações: _____

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso PE

Data 25 JUN. 2013

Local da Entrega RJ

Data 25 JUN. 2013

nr
Beneficiário

nr
Centauro Vida e Previdência

25 JUN. 2013

Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R SENADOR DANTAS, 80, 17º ANDAR

CENTRO - Cep: 20031-204

Tel.: (21) 2297-1212 Fax: (21) 2297-1212

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: alexandre.almeida@salek.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ