

# 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 Vítimas 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

**(X) 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 DIFÍCULDADE 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)

**(X) 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 esfíncteriano; (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

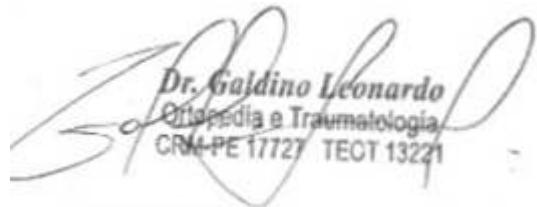
---

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 DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL

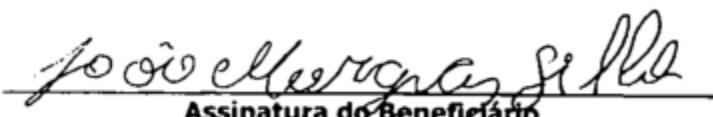
Nº BANCO:  Nº AGÊNCIA:  Nº C/P:

5.  CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Nº BANCO:  Nº AGÊNCIA:  Nº C/P:

- 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

  
 Assinatura do Beneficiário

25 JUN. 2013

SI\$88 - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
03/06/2013 - Autoatendimento 10:02:09  
217073341 1090

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	
CLIENTE	JOAO MARQUES FILHO
AGÊNCIA: 2170-9	CONTA: 10.113-3
VALOR TOTAL	48,00
NR. ENVELOPE	2.318.187.214

\* Valor sujeito a conferencia.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO  
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento  
entre outras informações.

25 JUN. 2013



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 / CB300R - Cil.: 300cc; apreendido: Não - Número de Série: NÃO INFORMADO Cor: PRETA - Quantidade: 1 (TONELADA) - Valor Unitário: MOEDA, NÃO INFORMADA

Placa: KHE7707 ( PERNAMBUCO / ITAPEM ) Rel. Ano: 201250844 Chassi: 9C2NC4310AR074433  
Ano Fabricação/Modelo: 2010 / 2010 Combustível: GASOLINA

#### Complemento / Observação

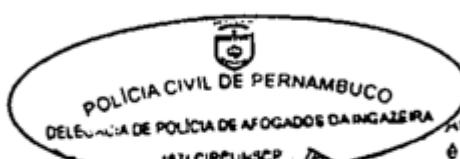
A VITIMA VEIO A ESTA DEPOL. E RELATOU QUE TRAFEGAMOS NA MOTOCICLETA EM QUESTÃO, NO LOCAL E HORÁRIO REFERIDOS NESTE "BOE", SENTIDO AFOGADOS DA INGAZERA/ITAPEM, QUANDO AO ENTRAR EM UMA CURVA, DERRAPOU, VENDO A CAIR DO VEICULO. A VITIMA TAMBÉM RELATOU QUE POR CAUSA DO IMPACTO DESMAIOU, SENDO SOCORRIDO PELA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

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

JOAO MARQUES FILHO  
(VITIMA)

*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 fidel do original, que me foi  
apresentado. Dou a  
Em Teste \_\_\_\_\_ da Verdade.

21 JUN. 2013



VALOR DA COPIA R\$ 0,50  
Entrega Total  
T.G.R

25 JUN. 2013



**Solicitação de Ficha de Esclarecimento ao SAME**

Nome do Paciente João Marques Filho

Identidade 53 80642 SSPB Telefone Contato \_\_\_\_\_

Endereço Rua Paulo VI nº 16

Bairro Santo Antônio Cidade Itapetim Estado PE

Nome da Mãe Joséina Marques da Silva

Prontuário 914762

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

Nome do Solicitante Maria Sôlome Marques da Silva

Grau de Parentesco Esposa

Laudo para fins de Seguro

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

\*1004031\*



Obs: \_\_\_\_\_

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 Sôlome 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.

2<sup>o</sup> a 5<sup>o</sup> feira

8 as 11:30h

*25 JUN 2013*

reg: 914762

SR 28

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco H O S P I T A L <b>GETÚLIO VARGAS</b>	<b>RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR</b>		
NOME DO PACIENTE: <i>José Marques Jr.</i>		N.º DO PRONTUÁRIO: <i>99762</i>	
N.º DE MATRÍCULA	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO-CÓDIGO	
TRATAMENTO OU OPERAÇÃO REALIZADA <i>Intervenção Cervical + Drenagem g. fio t.</i>			
ACHADO CIRURGICO <i>Perfurado - esp. er. muc. f. D1</i>			
INTERNADO EM <i>14.04.13</i>	OPERADO EM <i>14.04.13</i>	ALTA EM <i>14.04.13</i>	
NECESSITA COMPLEMENTAÇÃO DE TARTAMENTO AMBULATORIAL		<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
OBSERVAÇÕES: <i>to ame. fraylul</i>		VOLTAR AO POSTO DE ORIGEM EM <i>20. FEVEREIRO MACENA</i> <i>CRIVELLA E TRABALHOS</i> <i>CRIVELLA 100%</i>	
→ ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE <i>José Marques Jr.</i>			

25 JUN 2013



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

H O S P I T A L

**Getúlio Vargas**



## RECEITUÁRIO

### DECLARAÇÃO

DECURSO, PARA OS DEVIDOS FINS,  
QUE O PACIENTE JOSÉ MARQUES,  
FILHO, ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO  
DE FRATURA DE OSSEO DO PÉ  
DIREITO.

RECIFE, 34/06/13

Dr. Tasso Alacón P. de A. Danilo  
Medico CRM/PE 0777  
03/06/2013

25 JUN 2013

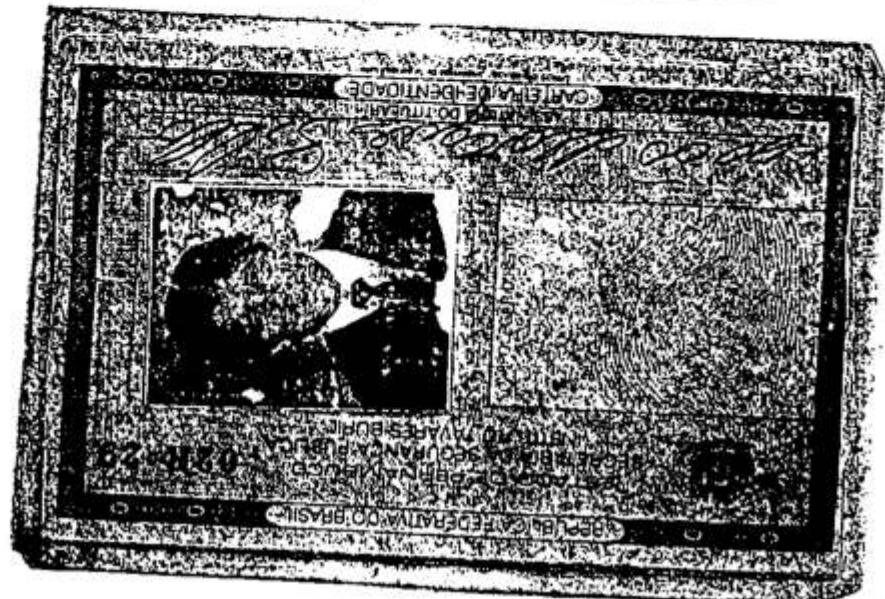
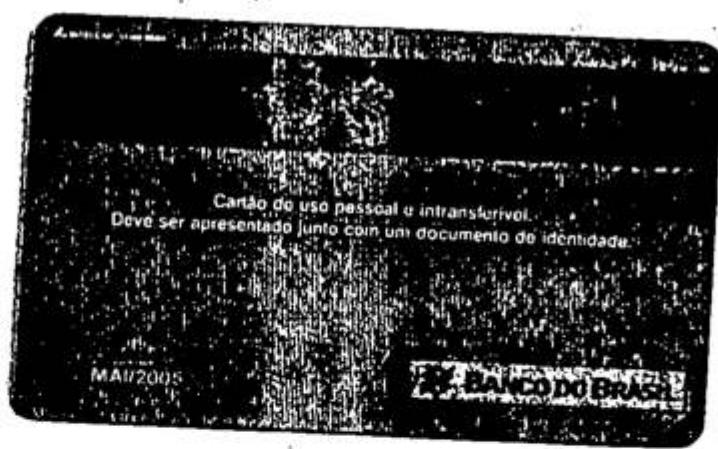


DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

\*1004037\*



25 JUN. 2013



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COO. RENAVAM RENRC EXERCÍCIO  
1 209250844 \*\*\*\*\* 2013

JOÃO MARQUES FILHO

ITAPETIM-PE

CPF/CNPJ  
557.079.807-25

PLACA ANT/UF

\*\*\*\*\*

ESPECIE/TIPO

PAB - MOTOCICLISTA

MARCA/MODELO

HONDA/CB 300R

CAP/POT/CIL

2P/291CL

COTA UNICA

IPVA 2013 QUITADO

FAIXA IPVA

1

PRÉMIO TARIIFÁRIO (R\$)

SEGURADO PAGO

Nº 010100361029

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

OUTROS

\*1004054\*



REGULADORA

## 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:

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

Data 25 JUN. 2013

PE

Local da Entrega \_\_\_\_\_

Data 25 JUN. 2013

RJ

Beneficiário

Centauro Vida e Previdência

25 JUN. 2013

NR

### 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](mailto:alexandre.almeida@salek.com.br)

RIO DE JANEIRO - RJ