

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EBRIVALDO SANTOS**

Nº Sinistro: **3180522523**

Vítima: **EBRIVALDO SANTOS**

Data do Acidente: **04/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **KARINE VIEIRA GOMES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180522523**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13568332



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EBRIVALDO SANTOS**

Sinistro: **3180522523**
Vítima: **EBRIVALDO SANTOS**
Data do Acidente: **04/08/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **KARINE VIEIRA GOMES**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180522523** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180522523 Vítima: EBRIVALDO SANTOS

Data do Acidente: 04/08/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EBRIVALDO SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Numero do Sinistro ou ASI: 013-204-373-46 CPF da Vítima: 013-204-373-46 Nome completo da vítima: Elivaldo Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Elivaldo Santos CPF titular da conta: 013-204-373-46 Profissão: Industria
Endereço: Rua Pde Morado Número: 260 Complemento: Lona
Bairro: Centro Cidade: Bratius Estado: Liana CEP: 63300-000
Email: quitara-2008@yahoo.com.br Telefone (DDD): (88) 99201-8663
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ **RECUSO INFORMAR** ☐ **SEM RENDA** ☐ **ATÉ R\$ 1.000,00** ☐ **R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**
☐ **R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00** ☐ **R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00** ☐ **R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00** ☐ **ACIMA DE R\$ 10.000,00**

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ **BRASESCO (237)** ☐ **BANCO DO BRASIL (001)** ☐ **ITAU (341)**
☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: _____ NR: _____
AGÊNCIA NR: _____ D/V: _____ **CONTA** NR: _____ D/V: _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NR: 0747 D/V: 9 CONTA NR: 54174 D/V: 9
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena, quitação do valor indenizado.

Bratius-CE 03 de Setembro de 2018
Local e Data

Elivaldo Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 061ª CIRCUNSCRIÇÃO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - DP61ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **18E0151003852**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/08/2018 às 10:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **4/8/2018 às 10:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GARANHUNS, 1, BR 423 - Bairro: CENTRO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
EBRIVALDO SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EBRIVALDO SANTOS



EXTRAVIDO - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/8/2018 às 10:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GARANHUNS, 1, BR 423 - Bairro: CENTRO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (OUTRO)
EBRIVALDO SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): EBRIVALDO SANTOS
DOCUMENTO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EBRIVALDO SANTOS
CELULAR: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EBRIVALDO SANTOS
CELULAR: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EBRIVALDO SANTOS

Investprev Seguradora S/A.

06 NOV. 2018

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

EBRIVALDO SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RAIMUNDA MARIA DOS SANTOS Pai: LOURIVAL DE SOUSA SANTOS Data de Nascimento: 14/2/1983 Naturalidade: OEIRAS / PIAUI / BRASIL
Endereço Residencial: **ESTADO DO PIAUI, 260, RUA PADRE MACEDO, BAIRRO CENTRO. CRATEÚS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PIAUI/PIAUI/BRASIL**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EBRIVALDO SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a):

EBRIVALDO SANTOS

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGB8487** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **479576483** Chassi: **9BM695304CB861317**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/NÃO INFORMADO**

CNH (DOCUMENTO) de propriedade do(a) Sr(a): **EBRIVALDO SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a):

EBRIVALDO SANTOS

Categoria/Marca/Modelo: **CNH/DESCONHECIDO/A/D** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

CELULAR1 (CELULAR) de propriedade do(a) Sr(a): **EBRIVALDO SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a):

EBRIVALDO SANTOS

Categoria/Marca/Modelo: **TELEFONIA MOVEL/LG/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **IMEI NAO INFORMADO PELA VITIMA**

CELULAR2 (CELULAR) de propriedade do(a) Sr(a): **EBRIVALDO SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a):

EBRIVALDO SANTOS

Categoria/Marca/Modelo: **TELEFONIA MOVEL/MOTOROLA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **IMEI NAO INFORMADO PELA VITIMA**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE PASSOU A RELATAR QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRANSITO; QUE ESTAVA CONDUZINDO O REFERIDO VEICULO QUANDO PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO E VEIO A CAPOTAR; FICANDO FERIDO E SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA. QUE POR OCASIAO DO ACIDENTE O NOTICIANTE PERDEU OS REFERIDOS OBJETOS.

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

EBRIVALDO SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ISMAILSON ARAUJO DA SILVA** - Matrícula: **319.624-0**

Investprev Seguradora S/A.

06 NOV. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Enivaldo Santos

CPF da Vítima

013.204.373-46

Data do Acidente

04.08.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Porto Alegre, 03 de Setembro de 2018

Local e Data

Enivaldo Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Investprev Seguradora S/A.

06 NOV. 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Karine Vieira Gomes inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.344.693 / 96 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elisvaldo Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.204.373 / 46 do sinistro de DPVAT cobertura Invólido da Vitima Elisvaldo Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.204.373 / 46, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Jangadeiro Blumenau</u>		Número <u>1723</u>	Complemento <u>Apto</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Batatis</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63700-000</u>
Email <u>quitria-2008@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(88) 99201.8663</u>

Batatis CE 03 de Setembro de 2018
Local e Data

Karine Vieira Gomes
Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A.

06 NOV. 2018



HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
SIMÃO GOMES, HELICÓPOLIS, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 781985	Data e Hora do Atendimento 04/08/2018 às 14:27:21	Procedimento Local: Pronto-socorro Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPÉDICA
------------------------------	--	--	---

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025382408 - EBRIVALDO SANTOS

CNS: 709204283918233 Nascimento: 14/02/1983 Idade: 35 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Casado(a) Profissão: CAMINHONEIRO Naturalidade: GEIRAS - PI Nacionalidade: Brasileiro

Documento: Ignorado Filiação: Mãe: RAIMUNDA MARIA DOS SANTOS

Endereço (Av., Rua, etc): RUA PADRE MACEDO, Nº. 260

Complemento: *Mexilia esposa*

Bairro: Cidade: Gratiús

UF: CE

Telefone: 04188994379573

Acompanhante:

Ocorrência:

Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: Gratiús

Meio de Transporte:

rendimento Médico:

Data: / Hora: *Dr. Marconi Rodrigues* CRM: *12010*

Queixa Principal:

HDA:

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: *Comunicação*

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto:

Tipo de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte realizado por:

Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Exame físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente está: Sim ☐ Não ☐ Temp.: °C

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular: 01 Glasgow: Resposta Verbal: 05 Glasgow: Resposta Motora: 06

Investprev Seguradora S/A.

06 NOV. 2018

E. Alzameo

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

RX de coluna lombar
RX de MID

Well 5605

Resultado dos Exames:

RX do JOELHO D

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

1. Sfo 9,9% - spine. AHA

Reprova (obrigado)

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Médico + Carimbo

Dr. Marconi Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13011

05/08/15

marco / 05.15

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diagnóstico Ativo:

1. Lombar D

Diagnóstico do Caso:

Internamento:

Cirurgia

Óbito

Tempo de Alta

Evadiu-se

Transferência:

Para o Hospital

Internado na Clínica

Condição da Alta

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Piorado

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todos os procedimentos que deste ato possam advir.

Data:

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Investprev Seguradora S/A.

06 NOV. 2015

Alba Vainio / Alba Linn
COREN P. 08-0000000

06 NOV. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
 E AUTORIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO
 NOME: **ERIVALDO SANTOS**

DOCUMENTOS
 DOC. IDENTIDADE / RG: **2488284** SSP **PI**

CPF **013.204.373-46** **DATA NASCIMENTO** **14/02/1983**

ENDEREÇO
LOURIVAL DE SOUSA
SANTOS
RUA MARIA DOS
SANTOS

RESIDÊNCIA **AD** **CELEBRADO** **AD**

CPF **04395066500** **VALIDADE** **25/08/2022** **1ª EMISSÃO** **27/07/2010**

PROFISSÃO
CEAR

ASSINATURA
Erivaldo Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **CRATEUS, CE** **DATA EMISSÃO** **22/08/2018**

ASSINATURA DO EMISSOR
Im. Val - 27/18
32548574495
CE166392090

CEARA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1659812505

PROFISSÃO PLASTIFICADA
1659812505

Investprev Seguradora S/A.

06 NOV. 2018



DE RAN Nº 0132
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

1	COD. RENAVAM 479576483	R.N.T.B.C. *****	EXERCICIO 2017
---	---------------------------	---------------------	-------------------

NOME
PAULO ROBERTO RODRIGUES DE DEUS

PLACA
264 571 834-81

PLAV
PGE8487

CHASSI
FM69530465851317

COMBUSTIVE
FICHA/CARGA DIESEL

ANO FAB. 2012	ANO MOD. 2012
------------------	------------------

REMARKS

REMARKS

REMARKS

REMARKS

REMARKS

Investprev Seguradora S/A.

SEGURO OBRIGATORIO

SEU RESERVA, R\$ 23,001-24

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

[Handwritten signature]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180522523 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EBRIVALDO SANTOS **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180522523 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EBRIVALDO SANTOS **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180522523

Cidade: Garanhuns

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EBRIVALDO SANTOS

Data do acidente: 04/08/2018

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Ebrivaldo Santos
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro
Profissão: Retirado
Identidade: 2488284 CPF: 013.204.373-46
Endereço: Rua Padre Marcelo N 860 Bairro: Centro
Cidade: Cratius CEP: 63700-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Marina Vieira Gomes
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
Profissão: Autônoma
Identidade: 2003003007478 CPF: 030.341.693-96
Endereço: Av. Sargento Raimundo 173 Bairro: Centro
Cidade: Cratius CEP: 63700-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Ebrivaldo Santos

Local: Cratius UF: CE, Data: 03 de Setembro de 2018

Ebrivaldo Santos

Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)



RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) <u>Em autenticidade de Ebrivaldo Santos</u>
Cratius <u>03 SET. 2018</u> Dou fé.
Em testemunha <u>da verdade</u>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403819/18

Vítima: EBRIVALDO SANTOS

CPF: 013.204.373-46

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 04/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EBRIVALDO SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

KARINE VIEIRA GOMES : 030.341.693-96

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EBRIVALDO SANTOS : 013.204.373-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/11/2018
Nome: KARINE VIEIRA GOMES
CPF: 030.341.693-96

KARINE VIEIRA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2018
Nome: ATILA MAXIMILLIAN DE ASSIS BRAUN
CPF: 962.516.033-72

ATILA MAXIMILLIAN DE ASSIS BRAUN