



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa 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.

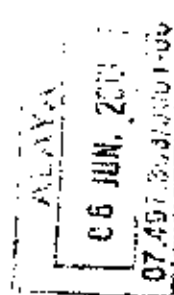
Pelo exposto, eu Romana de Menezes S. Cavalcante, portador(a) do RG nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em ___/___/___, CPF/CNPJ nº 051.394.741-25,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Fabio de Sousa Santos do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Fabio de Sousa Santos, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

Romana de M. S. Cavalcante
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 29.02.2016 22:46		Data Nasc: 04/10/193	
Nome: Fabio de Sousa Santos			
Mãe: Ivonete Maria de Sousa Santos			
Profissão: Motorista	Sexo: M	Estado Civil: Solteiro	Escolaridade: Zigan
Responsável: Dondeiros			
End. do Paciente: Rua Três			
Bairro: Alameda	Município: STS		Fone: 9620.4836
Cartão SUS:		Doc. Identidade:	
Tipo de Atendimento: ☒ Acidente de Trânsito ☐ Agressão		Raça/Cor: ☐ Preto ☐ Amarelo ☒ Pardo ☐ Indígena	
☐ Acidente de Trabalho ☐ Consulta			

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
-------------------	--------	--------------	-------

História e Exame Físico:
Fusos cutâneos a pele -
4 fúntel e fúntel D

Tratamento:
Kl - 500mg 2x/d
Rantidol - 175mg
Rifampina - 240mg
Vitaminas - 175mg
22/50
SUNAS

Impressão Diagnóstica:
Sintoma clínico

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐

Removido para Hospital
Óbito às _____ hs do dia _____

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Domingos Sarno da Fonseca Cordeiro
CRM 9119

Documento de identificação
012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
PANTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
FABIO DE SOUZA SANTOS

DOC. IDENTIFIC. DO DETENTOR (UF)
9096427-800 PE

CPF
199.359.654-06

DATA DE NASCIMENTO
06/10/1993

PLACAO
FRANCISCO MATIAS DOS
SANTOS
IVONEIA MARIA DE
SOUZA SANTOS

PERMISSAO
B

ACC
B

DEB
A

PROTESTO
05/07/2012

VALIDADE
05/07/2017

VALIDADE
25/04/2012

DIAGNOSTICO
Nao se Ativ Removido

GRUPO DE SOUZA SANTOS

LOCAL
SANTA VALERIA - PE

DATA DE EMISSAO
25/04/2012

ASSINATURA
[Assinatura]

NUMERO DE IDENTIFICACAO
41056524617
02053168330

VALIDADE
25/04/2012

VALIDADE
25/04/2012

ALAYA
5 JUN. 2012



Documentos em português

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

1017067334

ROSEANE DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIFIC. DO ENVIADOR LG
8870402 SDS PE

CPF
051.394.744-25

DATA DO NASCIMENTO
19/08/1963

LOCAL
ARACATUBA - SP

SILVA
MARIA JOSE DE MENEZES
SILVA

PERMISSÃO
AC - 01

DATA DE EMISSÃO
15/11/2019

VALIDADE
06/05/2013

DESCRIÇÃO
A

Assinatura do titular do documento

DESA
PARRA TALHADA - PE

DATA DE EMISSÃO
28/11/2014

4701-044858
PROE700153

ALAYA
08 JUN. 2016
07.491.393/0001-00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 011864160798
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - 1 DGS RENAVAM - 901617075 RENTRO - ***** EXERCÍCIO - 2015

NOME -
FABIO DE SOUSA SANTOS

SERVA TALHADA-PE

108.689.854-08

PLACA - KUP2521

PLACA ANT./UP - KUP2521

CHASSI - 9C2KCC0507R017974

ESPÉCIE / TIPO -
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL -
GASOLINA

MARCA / MODELO -
HONDA / CC 150 TITAN ES

ANO FAB. - 2006 ANO MOD. - 2007

CAP. / POT. / CIL. -
22 / 149 CL

CATEGORIA -
PARTIC

COR PREDOMINANTE -
PRATA

COTA ÚNICA -
1507 2015 QUITADO

ENC. COTA ÚNICA

VEND. / COTAS -
1 *****

FAIXA / RVA -
1

PARCELAMENTO / COTAS -

2 *****
3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) -
SEGURO PAGO

IDF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

SERVA TALHADA

DATA -

17/03/15

Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 011864160798 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FABIO DE SOUSA SANTOS

RUA TRES 432

55901-000

CASA ALTO DO BOM JESUS SERVA TALHADA-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodetransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - 2015 DATA EMISSÃO - 17/03/15

VIA - 1 CPF / CNPJ - 108.689.854-08 PLACA - KUP2521

RENAVAM - 901617075 MARCA / MODELO - HONDA / CC 150 TITAN ES

ANO FAB. - 2006 DATA - 09 Nº CHASSI - 9C2KCC0507R017974

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) - DENATRAM (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IDF (R\$) - ICPLA SEGURO - FIO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248/888/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160344182

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FABIO DE SOUSA SANTOS

Data do acidente: 29/02/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento no joelho direito, trauma no ombro direito e ferimentos na face.

Descrição do exame médico pericial: Sem sequelas.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador e suturas, alta medica.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 29/06/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOAO CESAR DA CUNHA

CRM do médico: 10990-PE

UF do CRM do médico: PE

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

PRESTADOR

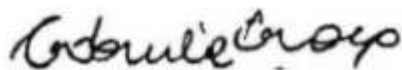
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

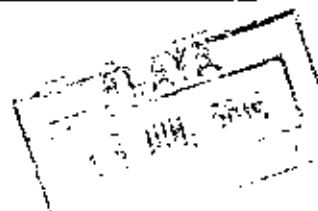


DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 02 de Abril de 2016

FÁRIO DE SOUSA SANTOS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160344182

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FABIO DE SOUSA SANTOS

Data do acidente: 29/02/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em joelho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160344182

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FABIO DE SOUSA SANTOS

Data do acidente: 29/02/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento no joelho direito, trauma no ombro direito e ferimentos na face.

Descrição do exame médico pericial: Sem sequelas.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador e suturas, alta medica.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 29/06/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOAO CESAR DA CUNHA

CRM do médico: 10990-PE

UF do CRM do médico: PE

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

PRESTADOR

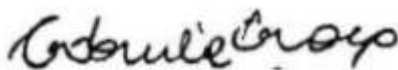
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Procuração



Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Fabio de Sousa Santos

portador(a) do documento de identidade nº 9096427 expedido por SDS-PE em

/ / inscrito no CPF sob o nº 108.389.854-08 residente na

Rua três nº 492

complemento Casa Bairro Malhada cidade

Serra Talhada Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802 expedido por SDS-PE em

29 / 05 / 2001 inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25 residente na

Rua Francisco Olavo nº 110

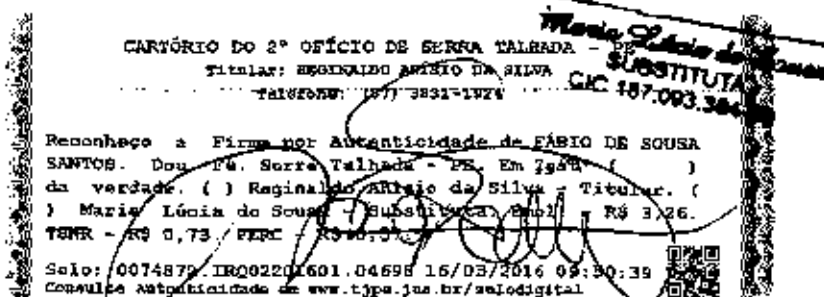
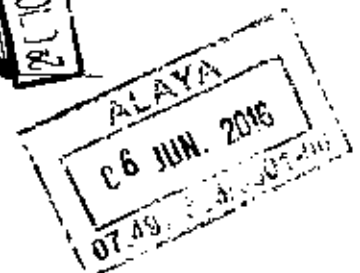
complemento Casa Bairro IPSEP cidade

Serra Talhada Estado PE

Ampla poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 16 de Março de 2016

Outorgante X FÁBIO DE SOUSA SANTOS



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2016

Carta nº: 9231462

A/C: FABIO DE SOUSA SANTOS

Sinistro: 3160344182 ASL-0911167/16
Vitima: FABIO DE SOUSA SANTOS
Data Acidente: 29/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2016

Carta nº: 9264249

A/C: FABIO DE SOUSA SANTOS

Sinistro: 3160344182 ASL-0911167/16
Vítima: FABIO DE SOUSA SANTOS
Data Acidente: 29/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2016

Carta nº: 9426012

A/C: FABIO DE SOUSA SANTOS

Sinistro: 3160344182 ASL-0911167/16
Vitima: FABIO DE SOUSA SANTOS
Data Acidente: 29/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160344182 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **FABIO DE SOUSA SANTOS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA TRES nº 492 - MALHADA - SERRA TALHADA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9096427 - SSP**
Data local do exame: **29/06/2016 SERRA TALHADA/PE**

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)

Ferimento no joelho direito, trauma no ombro direito e ferimentos na face

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 complicação.

Tratamento conservador e suturas, alta médica

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível 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.

sem sequelas

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º 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)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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:

PE - SERRA TALHADA, 29/06/2016

Médico Perito: JOAO CESAR DA CUNHA CRM: 10990-PE

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ.



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, Fabio de Sousa Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº CNH: 05476777506 EXPEDIDO POR DETRAN - PE EM 25/04/2013
 CPF 108389854-08 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Fabio de Sousa Santos. 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem de forma alguma ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL, www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0915 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 33904-1

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

Santa Luzia de 12 de Abril de 2016

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! 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.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83443554
Comunicação: C1990112
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada



DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1515078 - ANTONIO CARLOS SANTOS JUNIOR Data/Hora do Acidente (hora local): 29/02/2016 23:14 BK: 411.0
Município/UF: SERRA TALHADA/PE Tipo de Acidente: Colisão Transversal Sentido da Via: Decrescente
Fase do dia: Plena noite Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Vertical, Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário da solicitação:
Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

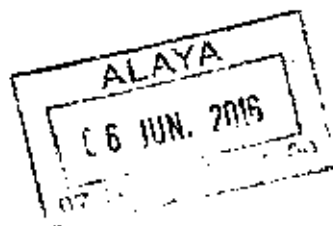
DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Comercial
Existe acostamento? Estado de Conservação: Há desnível? Não É pavimentado? Não Largura (m): 0
Possui defesa? Possui meio-fio? Possui sarjeta?
Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de inclinação:
Obstáculo ao Cruzamento: Não informado Estado de Conservação do Obstáculo:

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Comércio
Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Qtd. de Faixas: 2
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reto Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 5 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 17/03/2016 10:16:55
NÚMERO DE CONTROLE: e5938bc863409884



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83443554
Comunicação: C1990112
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

Local Periclitamento Desfeito

BR-224
Km
0413,0

LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Caminhão
- Tombamento
- Incêndio
- Local da colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Frenagem
- Veículo Ausente
- Reboque/Semi-reboque
- Triângulo de Amersão
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinagem ou Derrapagem
- Depois da Colisão

← Saqueiro Serra Talhada →

Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____

Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____

Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Conforme vestígios encontrados no local e declaração do envolvido, esse trafegava normalmente seguindo o fluxo quando foi abalroado por um veículo prata não identificado que cruzava a pista.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: KUP-9581 Sequencial: V1 Descrição: Honda CG Chassi: 9C2KC08507R017974 Renavam: 00901617075

Marca/Modelo: HONDA CG 125 TITAN ES Cor: PRATA Ano: 2007 Tipo: Motocicletas Emplacamento: SERRA TALHADA/PE

Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Proprietário: FÁBIO DE SOUSA SANTOS CPF/CNPJ: 108.389.854-08

Endereço: RUA TRES 492 CASA Telefones: _____

Município/UF: _____ CEP: 56.900-000

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: _____ Placa U2: _____ Placa U3: _____ Placa U4: _____

Origem: SERRA TALHADA/PE - BRASIL Destino: SERRA TALHADA/PE - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Segue Fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não

Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não

Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento: _____

DADOS DA CARGA

Carregamento: _____ Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: _____ Moeda: Real-R\$

Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso: _____

Descrição da Carga: _____

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: _____ Data/Hora da Recepção (hora local): _____ Motivo: _____

Responsável pela Recepção: _____

Documento do Responsável: _____

Município/UF: _____ Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 17/03/2016 10:16:55

NÚMERO DE CONTROLE: e5938bc853409684

ALAYA
06 JUN. 2016



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83443554
Comunicação: C1990112
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: Sequencial: V2 Descrição: VEÍCULO PRATA Chassi: Renavam:
Marca/Modelo: Cor: Ano: Tipo: Automóvel Emplacamento:
Ocupantes: 1 Espécie: Categoria:
Proprietário: CPF/CNPJ:
Endereço: CEP:
Município/UF: Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Saída de pista? Derrapagem? Capotagem? Tombamento?
Colisão com Objeto Fixo: Colisão com Objeto Móvel: Incêndio?
Marcas de Frenagem (m): Estado dos Pneus:
Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Cargamento: Houve Derramamento de Carga? Extensão dos Danos: Moeda:
Valor Total da Carga: R\$ Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1XUP-9581 Honda CG
Nome/Apelido: FÁBIO DE SOUSA SANTOS
Data de Nascimento: 04/10/1993 Sexo: Masculino Estado Civil: Não Informado
Nome do Pai: FRANCISCO MATIAS DOS SANTOS
Nome da Mãe: IVONETE MARIA DE SOUSA SANTOS
Endereço: CEP:
Município/UF: Telefones: Grau de Instrução: Não Informado
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 108.389.854-08 Documento de Identificação: 8098427 Órgão Expedidor: SDS /PE
Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Não
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 05478777500/PE Primeira Habilitação: 25/04/2012
Validade CNH: 18/12/2017 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: 5,0 Horas Dirigindo: 00:10
Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 17/03/2016 10:16:55
NÚMERO DE CONTROLE: e5938bc853409884



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83443554

Comunicação: C1990112

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/ VEÍCULO PRATA

Nome/Apelido:

Data de Nascimento:

Sexo: Masculino

Estado Civil:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço:

CEP:

Município/UF:

Telefones:

Grau de Instrução:

Naturalidade:

Nacionalidade:

Ocupação Principal:

CPF:

Documento de Identificação:

Órgão Expedidor:

Origem:

Destino:

Estado Físico:

Socorrido pela PRF? Não

Usava Cinto? Ignorado

Usava Capacete? Ignorado

Existe Declaração em Anexo? Não

Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Ignorado

Categoria CNH:

Registro CNH:

Primeira Habilitação:

Validade CNH:

Pais CNH:

Dormia? Não

Km Percorridos:

Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

EXAMINAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor:

Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Data/Hora da Recepção (hora local):

Município/UF:

Motivo:

Descrição do



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 17/03/2016 10:16:55

NÚMERO DE CONTROLE: e5938bc853409884



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG 125 TITAN ES	Placa: KUP-9581
Nome do Agente/Assinatura: ANTONIO CARLOS SANTOS JUNIOR	Nº BOAT: 83443554
Registro/Matricula do Agente: 1515078	Data: 29/02/2016 23:14

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guião, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X		
3	Amortecedor(es) tras. (inclusive fixação no chassi).	2	X		
4	Motor e suas fixações.	2	X		
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2	X		
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1	X		
12	Assento (fixação e firmeza)	1	X		
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2	X		
Descrição - Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (tolga anormal, danos)	3	X		
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3	X		
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3	X		
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":				26	

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☐ Dano de Pequena Montia: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- ☐ Dano de Média Montia: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☒ Dano de Grande Montia: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 17/03/2016 10:16:55

NÚMERO DE CONTROLE: 65938bc853409884



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG 125 TITAN ES	Placa: KUP-9581
Nome do Agente/Assinatura: ANTONIO CARLOS SANTOS JUNIOR	Nº BOAT: 83443554
Registro/Matricula do Agente: 1515078	Data: 29/02/2016 23:14

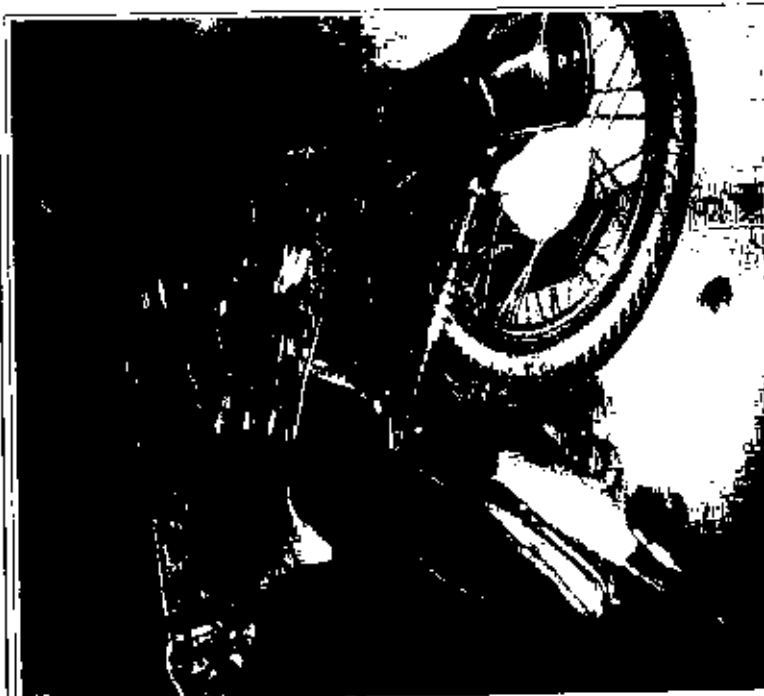
SEM FOTO

SEM FOTO



Frente

Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

AS DEMAIS EM NADA CONTRIBUÍRIAM

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 17/03/2016 10:16:55
NÚMERO DE CONTROLE: a5938bc853409884

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Fabio de Sousa Santos, portador da carteira de identidade nº 9096427 e inscrito no CPF/ME sob o nº 108.289.854-08 residente e domiciliado na Rua T-12, 492 Cidade Serra Talhada Estado PE 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

FABIO DE SOUSA SANTOS

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Serra Talhada 12.06.2016

Local e data





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fabio de Sousa Santos

RG nº 90964 27, data de expedição / / , Órgão SDS - PE

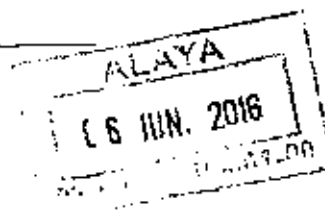
CPF nº 108.389.854-08 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Três</u>
Número	<u>492</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Malhada</u>
Cidade	<u>Serra Talhada</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9634-9291 / 9634-4907</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada 12.04.2016

Assinatura do Declarante: Fabio de Sousa Santos



Category	Value	Value	Value	Value
General	0.00	0.00	0.00	0.00
Special	0.00	0.00	0.00	0.00
Other	0.00	0.00	0.00	0.00
Total	0.00	0.00	0.00	0.00