

# 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: 26/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02191

CONTA: 00000027881-9

---

Nr. da Autenticação 823506D6D404AE4D



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Diginaldo Enrique da Silva,

RG nº 59598 <sup>00056</sup> data de expedição 24/05/95 Órgão CTPS

CPF nº 880.561.984-15, 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>P. Bom Sucesso</u>
Número	<u>149</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Aracoiaba</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>58690-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756 / 99138-2325</u>
E-mail	<u>marcusassessoria@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Joápe, 17/07/2017

Assinatura do Declarante:

Diginaldo Enrique da Silva

MILLENIUM RECIFE  
ADM E CON DE SEC. LTD  
27 JUL. 2017



J04302

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, marcos padovani do nascimento

RG nº 1686.869, data de expedição 23/10/12, Órgão SSP/RG

CPF nº 174.622.894-36 tenho 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>R. Padre Rocha</u>
Número	<u>177</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>São José</u>
Cidade	<u>Louzeiro</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55 815-141</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756 199138-2725</u>
E-mail	<u>marcospadovani@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 04/07/2012

Assinatura do Declarante:

marcos padovani do nascimento

MILLENIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEUS LTD.

27 JUL. 2017

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 0.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438 de 26/04/02  
COMERCIAL 110 | PRONTO-ENTREGA  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 81 14  
Ouvidoria: 0800 282 59 00

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

MINCELO PASCOAL DO NASCIMENTO FUCHO ME

CNPJ: 05.053.458/0001-16

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PE. SOCHA 177

SÃO JOSE CARPINA  
56615-140 CARPINA/PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),  
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à  
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no  
sítio [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).

## DATA DE VENCIMENTO

10/05/2017

## TOTAL A PAGAR (R\$)

326,76

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/05/2017

## DATA DA APRESENTAÇÃO

03/05/2017

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

000047720

## CONTAS CONTRATADA

007006305662

## Nº DO CLIENTE

78106740001

## Nº DA INSTALAÇÃO

5900764723

## CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

899A.BAD2.A12D.16A1.C94B.9675.5B52.95AE

MILLENIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEC. E TUR.

## DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

27 JUL. 2017

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Alvo(kWh)	468,00	0,55160463	263,18
Acrescimo Bimestral VERMELHO			20,87
Contribuição Fazenda Pública			36,71
TOTAL DA FATURA			326,76

Consumo e/ou tarifa pagos anteriormente e/ou que ainda não foram paga

Vencida 01/05/2017 Valor: 100,00 Vencida 01/05/2017 Valor: 100,00

10/04/17 000047720 100,00 03/05/17 000047720 100,00

10/04/17 000047720 100,00 03/05/17 000047720 100,00

Im caso de não pagamento de dívida, a tarifa é reajustada para o valor de consumo e/ou tarifa pagos anteriormente e/ou que ainda não foram paga



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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho do 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 Millenio Pescador Mescerat, portador(a) do RG nº 1.686.509, expedido por SFP 1 PE, em 23/10/12, CPF/CNPJ nº 174.627.894-34, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Reginaldo Enrique da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Trânsito da vítima Reginaldo Enrique da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: gerente Renda Mensal: R\$ gerente

Documentos comprobatórios: gerente

Millenio Pescador Mescerat  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

MILLENIUM RECIFE  
ADM F CAR. DE SEG. LTDA  
27 JUL. 2017

### Declaração do Proprietário do Veículo

100817

Eu, Sandra Fiuza da Silva,  
RG nº 6.045.519 data de expedição 13/11/2008  
Órgão SOS, portador do CPF nº 036.914.654-98 com  
domicílio na cidade de Arcoverde, no Estado de  
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Bem Estar, nº 149,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
última Reginaldo Enrique dasilva cujo o condutor era  
Reginaldo Enrique da silva

Veículo: moto cicleta

Modelo: Honda CG 150 Titan, mix EX  
Ano: 2013

Placa: **NY 4820**

Chassi: 9C2KC1640AK049365

Data do Acidente: 19/06/17

Local e Data: Maxima Línea de Produção 19/06/14

Sandálio Fumma da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

Declaro que autentico a firma indicada de  
"Glauber Figueiredo da Silva"  
Lançada em minha presença, dia 16.  
Aracaju, 23 de julho de 2012.

Aracaju, 21 de junho de 2011.

13 of 13

Major Total 26.3-35

461100

### Conseils pratiques

Digitized by srujanika@gmail.com

Comissão de  
Cavalcante  
e Substituto  
e Substituto Pessoal  
Certidão do Arquivo  
Naturais de Aracaju

ADM F. COR. DE SEG. LTDA  
MILLENIUM RECIFE  
27 JUL. 2017

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 828158

Nome: Ricinaldo Evangelista

Foi atendido às \_\_\_\_\_ h do dia 26/06/17

Diagnóstico Provável TCE (Contusão Cervical)

Mais curta Data da alta 06/07/17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :

CEFALÉIA ( dor de cabeça que não alivia )

VÔMITOS

PARALISIAS ( que aparecem após a alta )

ANISOCORIA ( MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA )

CONVULSÃO

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia ( NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL )

Volta ao ambulatório de NEUROCIRURGIA 15 dias

Observação: TCE cervical → Reabilitação  
completado de Corrida

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

*Neurocirurgia*  
CRM-PE-2168

Cod. 0163

MILLENIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTDA

03 AGO. 2017

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 828158

Nome: Regional Dr. Ennemar de Souza

Foi atendido às \_\_\_\_\_ h do dia 04/07/17

Diagnóstico Provável TCE; HSA; confusão cerebral

data da alta 1/1/17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:  
CEFALÉIA ( dor de cabeça que não alivia )  
VÔMITOS

PARALISIAS ( que aparecem após a alta )  
ANISOCORIA ( MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA )  
CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja  
Alergia ( NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL )

Volter ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Paciente em internado desde  
o dia 26/06/17, fomos orientados a alta.

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento  
hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do  
Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação,  
Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

*[Handwritten signature]*  
Cod. 0103

MILLENIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTD.  
27 JUL. 2017

27 JUL 2017

ADM E COR. DE SEG. LTD.  
TIRADENTES RECIFE

PROTEÇÃO CONTRA DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
SOBRE TERRISTE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
SPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

SEGURO  
AUTOMÓVEL

PE N° 8842361826 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME: EXCEPCAO

SAMIRA FERMINO DA SILVA  
RUA 1000 SUCESSO 149

CEP: 50000-000  
ARMONIARA-PE

CPF/CNPJ: 036.914.654-98

63690-000

PLACA:  
DXV4826

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO: DATA CESSADO:

PE N° 8842361926 2011 07/05/11

NOME: EXCEPCAO

SAMIRA FERMINO DA SILVA  
RUA 1000 SUCESSO 149

CEP: 50000-000

63690-000

PLACA:

036.914.654-98

DXV4826

MARCA/ MODELO:

HONDA/CG150 TITAN MAX EX

CHASSI:

9C2XH1640AR049265

COD. FENAVAM:

228742374

ANO FAB:

2010

ANO EXP:

09

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

107.189

PRÉMIO TOTAL (R\$)

SEGURO PAGO

Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

8842361826

REGISTRO DE N.

EXCEPCAO

8842361926

EXCEPCAO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170431661      **Cidade:** Araçoiaba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REGINALDO ENRIQUE DA SILVA      **Data do acidente:** 19/06/2017      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/09/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TCE

**Resultados terapêuticos:** Submetido à tratamento conservador

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

## 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.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** CARLOS MIRANDA CHAGAS

**CRM do médico:** 52.34765-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO



## OUTORGANTE

NOME:	<i>Reginaldo Enrique da Silva</i>
NACIONALIDADE:	<i>Brasileiro</i>
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	<i>5.9398 s/n 00036</i>
ENDEREÇO:	<i>R. Bom Sucesso. 149 - Centro - Aracoiaba</i>

## OUTORGADO

NOME:	<i>Marcelo Passos do nasone</i>
NACIONALIDADE:	<i>Brasileiro</i>
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	<i>1.686.509 SSP/PE</i>
ENDEREÇO:	<i>D. Poder Rock - 172 - São José Coqueiro</i>

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

*Lançamento 23/07/17*

LOCAL E DATA

*Reginaldo Enrique da Silva*

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE  
*Reginaldo Enrique da Silva*  
*Cartório de R. C. das Pessoas*  
*Naturais de Aracoiaba*  
*1º Substituto*  
*Reginaldo Uchôa Cavalcanti*  
*10*

MILLENIUM RECIFE  
ADM E COR OF SEG. LTDA  
27 JUL. 2017

Reconheço por autenticidade a firma indicada de  
Reginaldo Enrique da Silva  
Lançada em minha presença. Dou fé,  
Aracoiaba, 21 de julho de 2017.  
Valor Total R\$ 3,75  
Válido somente com o selo 6077768.11407201702.00023  
Consulta autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital).

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170431661      **Cidade:** Araçoiaba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REGINALDO ENRIQUE DA SILVA      **Data do acidente:** 19/06/2017      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA E TCE.

**Descrição do exame médico pericial:** CONSCIENTE, ORIENTADO, FORCA SEGMENTAR E GLOBAL PRESERVADAS. SEM DEFICIT FOCAL. SINAL DE DRAGONA POSITIVO A ESQUERDA, LIMITAÇÃO DA ADM OMBRO A ABDUÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA/INTERNA, FORCA NO MEMBRO PRESERVADA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR: SUPORTE CLINICO E EXAMES COMPLEMENTARES.  
NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/09/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Victor Ramires Reynaux Borba

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11457816

A/C: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170431661 ASL-0302079/17

**Vitima:** REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

**Data Acidente:** 19/06/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO

**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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta n°: 11457817

A/C: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170431661 ASL-0302079/17**

**Vitima:**

**REGINALDO ENRIQUE DA SILVA**

**Data Acidente:**

**19/06/2017**

**Natureza:**

**INVALIDEZ**

**Procurador:**

**MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **04/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/06/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2017

Carta nº: 11662413

A/C: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

**Sinistro:** 3170431661 ASL-0302079/17  
**Vítima:** REGINALDO ENRIQUE DA SILVA  
**Data Acidente:** 19/06/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2017

Carta n°: 11740075

A/C: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

**Sinistro:** 3170431661 ASL-0302079/17  
**Vitima:** REGINALDO ENRIQUE DA SILVA  
**Data Acidente:** 19/06/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

**Creditado: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000002191**

**Conta: 000000027881-9**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%**

**Graduação: Em grau médio 50%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%**

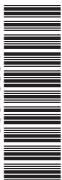
**Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50**

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





**CAIXA**

AUTO-ATENDIMENTO - AG Carapina

DATA: 13/07/2017

HORA: 10:34:36

TERMINAL: 12421506

CONTROLE: 124215060245

AGENCIA: 2191 - Igarassu

CONTA : 001.00027881-9

CLIENTE: REGINALDO HENRIQUE DA SILVA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

CRÉDITO DIRETO CAIXA

PRESTACAO MAXIMA ADMITIDA

PRESTACAO UTILIZADA

RESUMO

LIMITE CHEQUE ESPECIAL

SALDO

APLICACAO C/RESG.AUTOM

CREDITOS A CONFIRMAR

DEBITOS A CONFIRMAR

TOTAL LIMITES

SALDO TOTAL

SALDOS BLOQUEADOS

SALDO DISPONIVEL C/LIMITES

"Pense antes de imprimir, conserve o meio ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-728 8181

Ovidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

MILLENIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTD.

MILLENIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTD.  
04 AGO. 2017

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, *Roguelo Enrique da Silveira*

POR(TADOR(A) DO RG Nº 5.9398600036 EXPEDIDO POR CTPS EM 24/05/95 E

CPF 880561984-15 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Recepcionista

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA *Roguelo Enrique da Silveira*, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 Funtional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTD *Millenium Res. 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade I otéticas 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](http://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.**

*ADM E COR DE SPG L/D  
27 JUL. 2011*

**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 POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2191 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27331-9

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.

*Corrêa* 17 de 07 de 2012

LOCAL E DATA

*Roguelo Enrique da Silveira*

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



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 tinta de forma e sem rasuras, para evitar atraso no reembolso da indenização no banco.

EU, Roginaldo Enrique da SilvaPORTADOR(A) DO RG N° 5.939.500.00036 EXPEDIDO POR CTPS EM 24/05/95 ECPF 88005601986-05 /CNPJ: 0000000000000000, PROFISSÃO funcionário

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Roginaldo Enrique da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar 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 aparecerão 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 autorização 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](http://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.

04 SET. 2017

**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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 9191 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27881-9  
001

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

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

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.

Carina 23 de 08 de 2017  
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 aos legitimos 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\$ 7.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvartssegurodotransito.com.br](http://www.dpvartssegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0302079/17

Vítima: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA  
CPF: 880.561.984-15

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/06/2017

Titular do CPF: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**REGINALDO ENRIQUE DA SILVA : 880.561.984-15**

Autorização de pagamento

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A Indenização por Invalidade 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.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2017  
Nome: MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO  
CPF: 174.627.894-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2017  
Nome: Guilherme da Mota Silveira  
CPF: 351.304.664-20

MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO

Guilherme da Mota Silveira

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Reginaldo Enrique da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): R Bom Sucesso, 149  
Centro Aracoiaba PE CEP: 53690-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 5028716  
Data local do exame: [ 22/09/2017 ] Olinda [ 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)

**LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA E TCE.**

**CONSCIENTE, ORIENTADO, FORCA SEGMENTAR E GLOBAL PRESERVADAS. SEM DEFICIT FOCAL. SINAL DE DRAGONA POSITIVO A ESQUERDA, LIMITACAO DA ADM OMBRO A ABDUCAO E ROTACAO EXTERNA/INTERNA, FORCA NO MEMBRO PRESERVADA.**

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?

**(X) Sim**  **Não**

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

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?

**(X) Sim**  **Não**

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

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

**EVOLUIU COM LIMITACAO DA ADM DO OMBRO.**

Data da alta: JUNHO DE 2017.

**TRATAMENTO CONSERVADOR: SUPORTE CLINICO E EXAMES COMPLEMENTARES.**

**Complicações: NAO HOUVE.**

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

**(X) 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.

**SINAL DE DRAGONA POSITIVO A ESQUERDA, LIMITACAO DA ADM OMBRO A ABDUCAO E ROTACAO EXTERNA/INTERNA, FORCA NO MEMBRO PRESERVADA.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

"Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO - Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve

**(X) 50% médio**  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

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 valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. Victor Ramires Reynaux Borba  
CRM - 038.972.994-27  
CRM/PE - 21266



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 035ª CIRCUNSCRIÇÃO - ARACOIABA - DP35ªCIRC  
DIM/8ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0125000386**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/07/2017** às **16:29**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **19/6/2017** às **23:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODÔVIA ESTADUAL PE-041, ANTES DA BICA DO PATAQUEIRO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE ARACOIABA, 01 - Bairro: CENTRO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**NÃO HÁ ( AUTOR / AGENTE )**  
**SANDRA FIRMINO DA SILVA ( NOTICIANTE )**  
**REGINALDO HENRIQUE DA SILVA ( VÍTIMA )**

MILLENIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTDA  
27 JUL. 2017

**Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **REGINALDO HENRIQUE DA SILVA**

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

**REGINALDO HENRIQUE DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSA ALVES DA SILVA** Pai: **ENRIQUE MANOEL DA SILVA** Data de Nascimento: **25/11/1973** Naturalidade: **ARACOIABA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5028716/SSP/PE (RG), 88056198415 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **FUNCIONARIO PÚBLICO MUNICIPAL** Telefones Celulares: **- 991517198**

Residencial: **RUA BOM SUCESSO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE QUINZE, 149 - CEP: 0 - Bairro: QUINZE - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SANDRA FIRMINO DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA SEVERINA FIRMINO DA SILVA** Pai: **PAULO FIRMINO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/11/1980** Naturalidade: **ARACOIABA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6075519/SDS/PE (RG), 03691465498 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO DE ENFERMAGEM** Telefones Celulares: **- 991517198**

Residencial: **RUA BOM SUCESSO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE QUINZE, 149 - CEP: 0 - Bairro: QUINZE - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO HÁ** (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)**

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SANDRA FIRMINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **REGINALDO HENRIQUE DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXV4820** (PERNAMBUCO/ARACOIABA) Renavam: **228742374** Chassi: **9C2KC1540AR049255**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

NOTÍCIA NA QUALIDADE DE COMPANHEIRA DA VÍTIMA, QUE NO DIA, HORA E LUGAR SUPRA, REGINALDO HENRIQUE DA SILVA ENVOLVEU-SE EM UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUE NÃO HÁ EXPLICAÇÃO OU TESTEMUNHA QUE PRESENCIASSE O ACIDENTE, SOMENTE ENCONTRARAM REGINALDO DESMAIADO SOBRE A PISTA. QUE TROUXERAM REGINALDO AO HOSPITAL LOCAL PELO SAMU E LOGO FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE PERMANECEU POR CERCA DE 29 DIAS ENTRE AUTA E INTERNAÇÃO; QUE REGINALDO NÃO ESTAVA USANDO CAPACETE, RAZÃO PELA QUAL SOFREU TRAUMATISMO CRANIANO E ATUALMENTE ESTÁ COM COÁGULO NO LADO DIREITO; QUE REGINALDO FICOU DESORIENTADO E ESQUECIDO DURANTE ALGUNS DIAS, MAS ATUALMENTE AINDA ESTÁ SE RECUPERANDO; QUE REGINALDO ESTÁ AFASTADO DE SEU TRABALHO HÁ MAIS DE TRINTA DIAS; QUE A MOTOCICLETA QUE REGINALDO GUIAVA PERTENCE À NOTICIANTE.

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

*Sandra Firmino da Silva*  
**SANDRA FIRMINO DA SILVA**  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **FERNANDO JOSE PALMEIRA DO NASCIMENTO**



MILLENIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTDA  
27 JUL. 2017

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0302079/17

Vítima: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

CPF: 880.561.984-15

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/06/2017

Titular do CPF: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### **Sinistro**

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### **MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO : 174.627.894-34**

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração  
**REGINALDO ENRIQUE DA SILVA : 880.561.984-15**

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](http://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.

### **Portador da documentação entregue**

Data da entrega: 04/08/2017  
Nome: MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO  
CPF/CNPJ: 174.627.894-34

### **Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data do cadastramento: 04/08/2017  
Nome: Guilherme da Mota Silveira  
CPF: 351.304.664-20

MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO

Guilherme da Mota Silveira



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 035ª CIRCUNSCRIÇÃO - ARACOIABA - DP35ªCIRC  
DIM/8ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0125000386**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/07/2017** às **16:29**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **19/6/2017** às **23:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODÔVIA ESTADUAL PE-041, ANTES DA BICA DO PATAQUEIRO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE ARACOIABA, 01 - Bairro: CENTRO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**NÃO HÁ ( AUTOR / AGENTE )**  
**SANDRA FIRMINO DA SILVA ( NOTICIANTE )**  
**REGINALDO HENRIQUE DA SILVA ( VITIMA )**

MILLENIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTDA  
27 JUL. 2017

**Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **REGINALDO HENRIQUE DA SILVA**

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

**REGINALDO HENRIQUE DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSA ALVES DA SILVA** Pai: **ENRIQUE MANOEL DA SILVA** Data de Nascimento: **25/11/1973** Naturalidade: **ARACOIABA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5028716/SSP/PE (RG), 88056198415 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **FUNCIONARIO PÚBLICO MUNICIPAL** Telefones Celulares: **- 991517198**

Residencial: **RUA BOM SUCESSO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE QUINZE, 149 - CEP: 0 - Bairro: QUINZE - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SANDRA FIRMINO DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA SEVERINA FIRMINO DA SILVA** Pai: **PAULO FIRMINO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/11/1980** Naturalidade: **ARACOIABA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6075519/SDS/PE (RG), 03691465498 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO DE ENFERMAGEM** Telefones Celulares: **- 991517198**

Residencial: **RUA BOM SUCESSO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE QUINZE, 149 - CEP: 0 - Bairro: QUINZE - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO HÁ** (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)**

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SANDRA FIRMINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **REGINALDO HENRIQUE DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXV4820** (PERNAMBUCO/ARACOIABA) Renavam: **228742374** Chassi: **9C2KC1540AR049255**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

NOTÍCIA NA QUALIDADE DE COMPANHEIRA DA VÍTIMA, QUE NO DIA, HORA E LUGAR SUPRA, REGINALDO HENRIQUE DA SILVA ENVOLVEU-SE EM UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUE NÃO HÁ EXPLICAÇÃO OU TESTEMUNHA QUE PRESENCIASSE O ACIDENTE, SOMENTE ENCONTRARAM REGINALDO DESMAIADO SOBRE A PISTA. QUE TROUXERAM REGINALDO AO HOSPITAL LOCAL PELO SAMU E LOGO FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE PERMANECEU POR CERCA DE 29 DIAS ENTRE AUTA E INTERNAÇÃO; QUE REGINALDO NÃO ESTAVA USANDO CAPACETE, RAZÃO PELA QUAL SOFREU TRAUMATISMO CRANIANO E ATUALMENTE ESTÁ COM COÁGULO NO LADO DIREITO; QUE REGINALDO FICOU DESORIENTADO E ESQUECIDO DURANTE ALGUNS DIAS, MAS ATUALMENTE AINDA ESTÁ SE RECUPERANDO; QUE REGINALDO ESTÁ AFASTADO DE SEU TRABALHO HÁ MAIS DE TRINTA DIAS; QUE A MOTOCICLETA QUE REGINALDO GUIAVA PERTENCE À NOTICIANTE.

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

*Sandra Firmino da Silva*  
**SANDRA FIRMINO DA SILVA**  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **FERNANDO JOSE PALMEIRA DO NASCIMENTO**



MILLENIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTD.  
27 JUL. 2017

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0302079/17

Vítima: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

CPF: 880.561.984-15

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/06/2017

Titular do CPF: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### **Sinistro**

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### **MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO : 174.627.894-34**

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

### **REGINALDO ENRIQUE DA SILVA : 880.561.984-15**

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](http://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.

### **Portador da documentação entregue**

Data da entrega: 04/08/2017  
Nome: MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO  
CPF/CNPJ: 174.627.894-34

### **Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data do cadastramento: 04/08/2017  
Nome: Guilherme da Mota Silveira  
CPF: 351.304.664-20

MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO

Guilherme da Mota Silveira

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, José Valdo Enrique da Silva, portador da carteira de identidade nº 59398 serie 00036 e inscrito no CPF/MF sob o nº 880.561.984-15, residente e domiciliado na R. Bom Sucesso, 149 - Centro, Cidade Anacásia, 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.

José Valdo Enrique da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Copyra, 12/02/2017

Local e data

MILLENIUM RECIFE  
ADM E COR DE SEG. LTDA  
27 JUL. 2017

SAMU  
192AUTENTICAÇÃO  
Autentico a presente cópia, reconhecendo-a conforme a originalmente apresentada, do que dou fé.  
Recife, 11 de julho de 2017.CERTIFICO  
que a cópia  
é autêntica  
Características  
Substituto  
do original

3:07

Valor Total R\$ 3,67

Valido somente nos e saio 077768-000001792.00173  
Consulte a autenticidade na URL: [jus.br/selodigital](http://jus.br/selodigital)

Chegada ao local: 03:12

Saída do Hospital: 00:10

Hora da Conclusão: 00:51

## FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação: 19/06/17 Distrito:  Residencial Número da Ocorrência: 5346972  
Motivo da Solicitação: Queda de moto UTI  Básica  Helicóptero

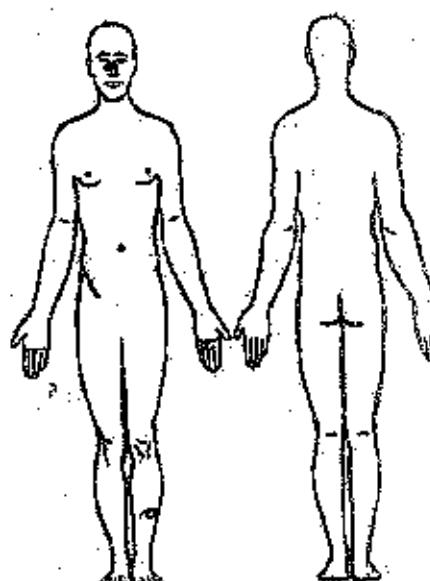
<input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> OBSTÉTRICOS
<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> HANGAR	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> METROPOLITANO	<input type="checkbox"/> TROTES/CANCELADAS

## IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Reginaldo Henrique da Silveira Idade: 43 anosSexo:  Masc.  Fem. Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_End: P.E VI Bairro: \_\_\_\_\_Solicitante: Sutérion Fone: \_\_\_\_\_End.Ocor: O mesmo Bairro: \_\_\_\_\_Referência: Próximo a Rua de Pataquera ADMECOR DE SSG LTDA  
27 JUL. 2017

## CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acid. Automóvel	Add. Motocicleta	Atropelamento	Meçan. Do Trauma
<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Motociclista	<input type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Capotamento
<input type="checkbox"/> Passageiro/Frente	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Calçada	<input type="checkbox"/> Ejeção
<input type="checkbox"/> Passageiro/Atrás		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Impacto frontal
Uso do cinto:	Uso do Capacete		<input type="checkbox"/> Impacto lateral
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Impacto traseiro
Acid. Trânsito	Add. Ciclista	Intoxicação	Expoções
<input type="checkbox"/> Carro ou Moto	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> An. Peçonhento	<input type="checkbox"/> Choque Elétrico
<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exógena	<input type="checkbox"/> Fogo
Caminhão	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> ( )1° ( )2° ( )3°
Placa: _____		Agente Causador	<input type="checkbox"/> Fumaça
			<input type="checkbox"/> Subst. Química
Asfixia	Queda	Agressões	
<input type="checkbox"/> Semi-afogamento	<input type="checkbox"/> Própria Altura	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Agressão Física
<input type="checkbox"/> Soterramento	<input type="checkbox"/> Outra Altura	<input type="checkbox"/> Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Maus tratos
<input type="checkbox"/> Engasgo	Aproximadamente	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Abuso Sexual
<input type="checkbox"/> Outros	Metros	<input type="checkbox"/> Tipo: _____	



## CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica atual: Queda de moto, trauma no maxilar e lesões.

Hipótese Diagnóstica Conhecida:

## AVALIAÇÃO CLÍNICA

Temperatura	Glicemia(HGT)	<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Gemido/Estridor
37	38	<input type="checkbox"/> Desidratado	<input type="checkbox"/> Batimento Asa Nariz	<input type="checkbox"/> Obst. V. Aéreas
Vias Aéreas	Pulso	<input type="checkbox"/> Lesões de Face	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Retração Xifóide
F.R. 20	80	<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Deformidade Tórax	<input type="checkbox"/> Sibilos Expiratórios
RN: 35-50	RN: 120-160	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Tiragem Inter
Ad:16-20	Ad: 60-110	<input type="checkbox"/> Cor da pele Normal	<input type="checkbox"/> Distônia fala/choro	<input type="checkbox"/> Circulação PA
				<u>140X90</u>

