

# 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: 000000027881-9

---

Nr. da Autenticação 823506D6D404AE4D

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Roginaldo Enrique da Silva,RG nº 59598 <sup>00036</sup> peri 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>Aracaju</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53690-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97935-3756 / 99138-2325</u>
E-mail	<u>mauricioarriaga@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Josier, 17/07/2017Assinatura do Declarante: Roginaldo Enrique da Silva

MILLENNIUM REGISTRO  
ADMINISTRATIVO DE SEC. LTD  
27 JUL. 2017



Atividade Criada pela Lei 10.438 de 26/09/02

Telefone - CEP 00055-802  
43-88 | www.celpe.com.br

SADOS DO CLIENTE  
SANDRA FERNANDA DA SILVA

EXPERTEC DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA RGM SUCESSO 149

CPF: 036.914.854-98 NIS: 16847536214

CENTROVARACIABA  
ARACIABA PE  
53890-000

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Módulo 900

4004288870 08/2017

Nº DA BOMBA RESCAL	SERIAL	DATA DE VENCIMENTO
033818150	CHICA	28/06/2017
APROPRIAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA ESTABILIZAÇÃO
78/06/2017	2003755714	2287337

DATA DE VENCIMENTO 05/07/2017  
DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA 28/07/2017  
TOTAL A PAGAR (R\$) 98,67

CONSUMO	DEBITO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo de 30 kWh	20,0000000	7,30
Consumo Abaixo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	28,21
Consumo Abaixo superior a 100 até 220 kWh	71,6000000	44,45
Acresc. na Bandeira VERMELHA		0,37
Contribuição de Energia Pública		18,70
IMCS Subvenção CTE-PE 000695340-28/04/17		0,69
<b>TOTAL DA FATURA</b>		<b>98,67</b>

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DEBITO (R\$)	VALOR (R\$)
01/07/2017	01/07/2017	1181280	01/07/2017	1181280	0,00	0,00
02/07/2017	02/07/2017	1181280	02/07/2017	1181280	0,00	0,00
03/07/2017	03/07/2017	1181280	03/07/2017	1181280	0,00	0,00
04/07/2017	04/07/2017	1181280	04/07/2017	1181280	0,00	0,00
05/07/2017	05/07/2017	1181280	05/07/2017	1181280	0,00	0,00
06/07/2017	06/07/2017	1181280	06/07/2017	1181280	0,00	0,00
07/07/2017	07/07/2017	1181280	07/07/2017	1181280	0,00	0,00
08/07/2017	08/07/2017	1181280	08/07/2017	1181280	0,00	0,00
09/07/2017	09/07/2017	1181280	09/07/2017	1181280	0,00	0,00
10/07/2017	10/07/2017	1181280	10/07/2017	1181280	0,00	0,00
11/07/2017	11/07/2017	1181280	11/07/2017	1181280	0,00	0,00
12/07/2017	12/07/2017	1181280	12/07/2017	1181280	0,00	0,00
13/07/2017	13/07/2017	1181280	13/07/2017	1181280	0,00	0,00
14/07/2017	14/07/2017	1181280	14/07/2017	1181280	0,00	0,00
15/07/2017	15/07/2017	1181280	15/07/2017	1181280	0,00	0,00
16/07/2017	16/07/2017	1181280	16/07/2017	1181280	0,00	0,00
17/07/2017	17/07/2017	1181280	17/07/2017	1181280	0,00	0,00
18/07/2017	18/07/2017	1181280	18/07/2017	1181280	0,00	0,00
19/07/2017	19/07/2017	1181280	19/07/2017	1181280	0,00	0,00
20/07/2017	20/07/2017	1181280	20/07/2017	1181280	0,00	0,00
21/07/2017	21/07/2017	1181280	21/07/2017	1181280	0,00	0,00
22/07/2017	22/07/2017	1181280	22/07/2017	1181280	0,00	0,00
23/07/2017	23/07/2017	1181280	23/07/2017	1181280	0,00	0,00
24/07/2017	24/07/2017	1181280	24/07/2017	1181280	0,00	0,00
25/07/2017	25/07/2017	1181280	25/07/2017	1181280	0,00	0,00
26/07/2017	26/07/2017	1181280	26/07/2017	1181280	0,00	0,00
27/07/2017	27/07/2017	1181280	27/07/2017	1181280	0,00	0,00
28/07/2017	28/07/2017	1181280	28/07/2017	1181280	0,00	0,00
29/07/2017	29/07/2017	1181280	29/07/2017	1181280	0,00	0,00
30/07/2017	30/07/2017	1181280	30/07/2017	1181280	0,00	0,00
31/07/2017	31/07/2017	1181280	31/07/2017	1181280	0,00	0,00

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DEBITO (R\$)	VALOR (R\$)
01/07/2017	01/07/2017	1181280	01/07/2017	1181280	0,00	0,00
02/07/2017	02/07/2017	1181280	02/07/2017	1181280	0,00	0,00
03/07/2017	03/07/2017	1181280	03/07/2017	1181280	0,00	0,00
04/07/2017	04/07/2017	1181280	04/07/2017	1181280	0,00	0,00
05/07/2017	05/07/2017	1181280	05/07/2017	1181280	0,00	0,00
06/07/2017	06/07/2017	1181280	06/07/2017	1181280	0,00	0,00
07/07/2017	07/07/2017	1181280	07/07/2017	1181280	0,00	0,00
08/07/2017	08/07/2017	1181280	08/07/2017	1181280	0,00	0,00
09/07/2017	09/07/2017	1181280	09/07/2017	1181280	0,00	0,00
10/07/2017	10/07/2017	1181280	10/07/2017	1181280	0,00	0,00
11/07/2017	11/07/2017	1181280	11/07/2017	1181280	0,00	0,00
12/07/2017	12/07/2017	1181280	12/07/2017	1181280	0,00	0,00
13/07/2017	13/07/2017	1181280	13/07/2017	1181280	0,00	0,00
14/07/2017	14/07/2017	1181280	14/07/2017	1181280	0,00	0,00
15/07/2017	15/07/2017	1181280	15/07/2017	1181280	0,00	0,00
16/07/2017	16/07/2017	1181280	16/07/2017	1181280	0,00	0,00
17/07/2017	17/07/2017	1181280	17/07/2017	1181280	0,00	0,00
18/07/2017	18/07/2017	1181280	18/07/2017	1181280	0,00	0,00
19/07/2017	19/07/2017	1181280	19/07/2017	1181280	0,00	0,00
20/07/2017	20/07/2017	1181280	20/07/2017	1181280	0,00	0,00
21/07/2017	21/07/2017	1181280	21/07/2017	1181280	0,00	0,00
22/07/2017	22/07/2017	1181280	22/07/2017	1181280	0,00	0,00
23/07/2017	23/07/2017	1181280	23/07/2017	1181280	0,00	0,00
24/07/2017	24/07/2017	1181280	24/07/2017	1181280	0,00	0,00
25/07/2017	25/07/2017	1181280	25/07/2017	1181280	0,00	0,00
26/07/2017	26/07/2017	1181280	26/07/2017	1181280	0,00	0,00
27/07/2017	27/07/2017	1181280	27/07/2017	1181280	0,00	0,00
28/07/2017	28/07/2017	1181280	28/07/2017	1181280	0,00	0,00
29/07/2017	29/07/2017	1181280	29/07/2017	1181280	0,00	0,00
30/07/2017	30/07/2017	1181280	30/07/2017	1181280	0,00	0,00
31/07/2017	31/07/2017	1181280	31/07/2017	1181280	0,00	0,00

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

104302

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, marcos Pires do Nascimento

RG nº 1686-509, data de expedição 23/10/12, Órgão SSP/PE

CPF nº 174.627.894-34 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>R. Padre Rocha</u>
Número	<u>177</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>São José</u>
Cidade	<u>Lourdes</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55815-141</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9795-3756 / 99138-2325</u>
E-mail	<u>marceloasennaia@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Lourdes, 24/07/2012

Assinatura do Declarante: Marcelo Pires do Nascimento

MILLENNIUM RECIFE  
ADME COR. DE SE'S LTD.  
27 JUL. 2012

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 08.935.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0405943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438 de 26/04/02  
COMERCIAL 110, PRONTIDÃO 110  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 014  
Quidioria 0800 282 500  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b> MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO FILHO ME CNPJ: 09.035.450/0001-16		<b>DATA DE VENCIMENTO</b> 10/05/2017 <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> 326,76	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 03/05/2017 <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 03/05/2017 <b>NUMERO DA NOTA FISCAL</b> 000047720	<b>CONTA CONTRATO</b> 007006305662 <b>Nº DO CLIENTE</b> 7810024001 <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0000764703
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> RUA PE SOCHA 177 SÃO JOSÉ/CARPINA 55615-140 CARPINA PE		<b>CLASSIFICAÇÃO</b> B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Monofásico		
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 site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>		<b>RESERVADO AO FISCO</b> 899A.BAD2.A12D.16A1.C94B.9675.5B52.95AE <b>MILENIUM RECIFE</b> ADM E COR. DE SEC. ATUO		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

27 JUL 2017

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	488,00	0,55160463	269,18
Acrescimo Bateria VERMELHA			20,87
Contribuição Iluminação Pública			36,71
TOTAL DA FATURA			326,76

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
290,05	25,00	72,51	290,05	0,87	2,52
			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
290,05	25,00	72,51	290,05	4,00	11,60

Composições e dados de consumo de energia elétrica						
Consumo	De	Para	Valor	De	Para	Valor
10/05/17	00:00:00	00:00:00	0,000000	00:00:00	00:00:00	0,000000
12/07/17	00:00:00	00:00:00	0,000000	00:00:00	00:00:00	0,000000
Em caso de não pagamento de energia elétrica, o consumidor deverá pagar o valor devido no prazo estabelecido nos regulamentos de consumo de energia elétrica, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica e de cobrança de multa por atraso no pagamento de energia elétrica.						
Tarifas Aplicadas			HISTÓRICO DO CONSUMO			
Consumo Ativo(kWh)			0,00000000	VAL	17	0,00000000
				ABR	17	0,00000000
				MAR	17	0,00000000
				FEV	17	0,00000000
				JAN	17	0,00000000
				DEZ	16	0,00000000
				NOV	16	0,00000000
				OUT	16	0,00000000
				SET	16	0,00000000
				AGO	16	0,00000000
				JUL	16	0,00000000
				JUN	16	0,00000000
				MAI	16	0,00000000
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO						
Consumo de Energia	R\$	%				
Transmissão	5,82	1,81				
Distribuição	20,12	6,17				
Encargos Sociais	27,96	8,51				
Impostos	80,63	25,00				
TOTAL	290,05	100				

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO MEDIDOR	Tipo da Função	ANTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO kWh
16212	CA1	03/05/2017 67.652,00	03/05/2017 67.652,00	30	1,00000	0,00	400,00

DATA FÉRISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 02/06/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR	RELA	DATA	TIPO
Interrupção de Energia	CONSUMO	0,00	0,00	03/05/2017	0,00
Interrupção de Energia	CONSUMO	0,00	0,00	03/05/2017	0,00
Interrupção de Energia	CONSUMO	0,00	0,00	03/05/2017	0,00
Interrupção de Energia	CONSUMO	0,00	0,00	03/05/2017	0,00
Interrupção de Energia	CONSUMO	0,00	0,00	03/05/2017	0,00
Interrupção de Energia	CONSUMO	0,00	0,00	03/05/2017	0,00
Interrupção de Energia	CONSUMO	0,00	0,00	03/05/2017	0,00
Interrupção de Energia	CONSUMO	0,00	0,00	03/05/2017	0,00
Interrupção de Energia	CONSUMO	0,00	0,00	03/05/2017	0,00
Interrupção de Energia	CONSUMO	0,00	0,00	03/05/2017	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 2014, tarifa com reajuste médio de 8,87% para Baixa Tensão e 4,85% para Alta Tensão-REH 7 228/17  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade (individual ou do nível) de tensão de fornecimento.  
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/03/10) e Juros 1% a.m (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.  
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento.  
Utilizando também ser: cobrança a custo da disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIACÃO
220	202

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MESIANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO
007006305662	05/2017	326,76	10/05/2017

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar  
Este cartão será usado para depósito em  
AUTOMÁTICO DE PAGAMENTO

838700000036 267600110072 003305662100 089614158833





## 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 marcelo Pascoal do Nascimento portador(a) do RG nº 1.686.509, expedido por SSP/PE, em 23/10/12, CPF/CNPJ nº 174.627.894-34

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

Profissão: guarso ins Renda Mensal: R\$ guarso ins

Documentos comprobatórios: guarso ins

Marcelo Pascoal do Nascimento  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

MILLENIUM RECIFE  
ADM F COR. DE SEG. LTDA

27 JUL. 2017

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Sandra Firmino da Silva  
 RG nº 6.045.519 data de expedição 11/11/2008  
 Órgão SDS, portador do CPF nº 036.914.654-98 com  
 domicílio na cidade de Araçoiaba, no Estado de  
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Bom Sucesso, nº 149

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Reginaldo Enrique da Silva cujo o condutor era  
Reginaldo Enrique da Silva

Veículo: motocicleta  
 Modelo: Honda CG 150 Titan, mix EX  
 Ano: 2013  
 Placa: MXV 4820  
 Chassi: 9C2KC1640AR049265  
 Data do Acidente: 19/06/17  
 Local e Data: Proximo a Rua de Itaquira 19/06/17



Sandra Firmino da Silva  
 Assinatura do Declarante

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

Reconheço por autenticidade a firma intimada de  
Sandra Firmino da Silva  
 Lançada em minha presença, Dou fé.  
 Araçoiaba, 21 de julho de 2017.

Em testemunho  
 Jamisson Queiroz: Uelma Cavalcanti 1º Substituto  
 Natural da R. C. das Pessas

Valor Total R\$ 3,95  
 Valido somente com o selo 0977766.EEN07501702.00018  
 Consulte autenticidade em [www.pe.jus.br/selodigital](http://www.pe.jus.br/selodigital).

MILLENNIUM RECIFE  
 ADM E COR. DE REG. LTDA  
 27 JUL. 2017

MILLENNIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SFG. LTDA



0000

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 828158  
Nome: Reginaldo Figueiredo de Jesus

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

Diagnóstico Provável: TCE (Contusão Cerebral)

Não curado Data da alta 06 / 07 / 17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :

CEFALEIA ( 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 )

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

15 dias

Observação: TAE cerebral do Rostro  
completo de Carbono

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.

Misson Mendes  
Neurocirurgia  
CREMEPE - 2168

Cod. 0163

MILLENNIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SFG. LTDA

03 AGO. 2017



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 828158  
Nome: Regina L. Emmanuê de F. L.  
Foi atendido às \_\_\_\_\_ h do dia 04/07/17  
Diagnóstico Provável TCE; HSA; contusão cerebral  
\_\_\_\_\_ data da alta \_\_\_\_\_

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 )

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Paciente a ser internado no dia  
04/07/17, sem presença de Hc.

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.

Cod. 0183

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

27 JUL 2017

MM E COR DE SEG LTDA

WELLENHUM RECIFE

SEGURO AUTOMOTIVO  
CÓDIGO 0007

PE Nº 8842361826 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SANDRA FIMINO DA SILVA  
RUA DOM SUCESSO 149  
CENTRO  
ARACOIABA-PE

53690-000

CPF / CNPJ  
036.914.654-98

PLACA  
HXV4826

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 8842361826

EXERCÍCIO DATA CESSADO  
2011 07/05/11

NOME / ENDEREÇO

SANDRA FIMINO DA SILVA  
RUA DOM SUCESSO 149  
CENTRO  
ARACOIABA-PE

53690-000

CPF / CNPJ  
036.914.654-98

PLACA  
HXV4820

COD. RENAVAM  
228742374

MARCA/MODELO  
HONDA/CG150 TITAN MIX EX

ANO FAB  
2010

Q1 TAKE  
05

CHASSI  
9C2XC1640AP049265

PREMIO TARIFARIO (R\$)  
SEGURO PAGO

DE IRS

PREMIO TOTAL (R\$)

Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

8842361826

RECIBO E N

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

HXV4820

228742374

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

RETRAI DE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA DE VEÍCULO

PE Nº 8492978820

SANDRA FIMINO DA SILVA

SEGURO AUTOMOTIVO

CPF / CNPJ

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 8492978820

SANDRA FIMINO DA SILVA

SEGURO AUTOMOTIVO

CPF / CNPJ

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 8492978820

SANDRA FIMINO DA SILVA

SEGURO AUTOMOTIVO

CPF / CNPJ

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 8492978820

SANDRA FIMINO DA SILVA

SEGURO AUTOMOTIVO

CPF / CNPJ

BILHETE DE SEGURO DPVAT

Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

# 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:	Reginaldo Enrique da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	S. 9398 por 00036
ENDEREÇO:	R. Bom Sucesso. 149 - Centro - Aracaju

OUTORGADO

NOME:	Marcelo Pascoal Lo naso neto
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	1.686.509 SSP/RE
ENDEREÇO:	R. Boque Rocha - 172 - São José Lourdes

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.

Aracaju, 23/07/17

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

Jamisson (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)  
1.ª Substituição  
Cartório do R. C. das Palmeiras  
Naturais de Aracaju

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

Reconheço por autenticidade a firma indicada de  
Reginaldo Enrique da Silva  
lançada em minha presença. Dou fé.  
Aracaju, 23 de julho de 2017.

Valor Total R\$ 3,95

Em testemunha  
Jamisson Queiroz Uchôa Cavalcanti 1.ª Substituição

Valido somente com o selo 0077768.1E407201702.00024  
Consulte autenticidade em [www.tpe.jus.br/solodigital](http://www.tpe.jus.br/solodigital).

# 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, FORÇA SEGMENTAR E GLOBAL PRESERVADAS. SEM DEFICIT FOCAL. SINAL DE DRAGONA POSITIVO A ESQUERDA, LIMITAÇÃO DA ADM OMBRO A ABDUÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA/INTERNA, FORÇA 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

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## 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  
**Vítima:** 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 início 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,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 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 início 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 nº: 11740075

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.: 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:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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**





AUTO-ATENDIMENTO - AG Carpina

DATA: 13/07/2017

HORA: 10:34:36

TERMINAL: 12421506

CONTROLE: 124215060245

AGENCIA: 2191 - IOARASSU

CONTA : 001.00027881-9

CLIENTE: REGINALDO HENRIQUE DA SILVA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

CREDITO 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/LIMITE

"Pense antes de imprimir, conserve o meio  
ambiental! Consulte o saldo em telas!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 8191

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

MILLENNIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTDA  
04 AGO. 2017

MILLENNIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTD.

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, Roginaldo Enrique da Silva  
PORTADOR(A) DO RG Nº 5.939.872-00036 EXPEDIDO POR CTPS EM 24/05/195 E  
CPF 880561984-15 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Receita  
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 LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susesp 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 LTD **MILLENIO RECURSOS** ADM E COR DE SPIS 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 lotéticas 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.

**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, ITAU, 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) 27884-9

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.

Copia 12 de 07 de 2012  
LOCAL E DATA

Roginaldo Enrique da Silva  
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 letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Roginaldo Enrique da Silva  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 5.939.440.0036 EXPEDIDO POR CTPS EM 24/05/95 E  
 CPF 880561986-15 / CNP: 000000000-00000000, PROFISSÃO lavrador  
 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 reprogranação 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 aparecerem 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 ativação 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.

Carima 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 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\$ 7.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodetransito.com.br](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

## PROTOCOLO 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

**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 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: 04/09/2017  
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, FORÇA SEGMENTAR E GLOBAL PRESERVADAS. SEM DEFICIT FOCAL. SINAL DE DRAGONA POSITIVO A ESQUERDA, LIMITACAO DA ADM OMBRO A ABDUCAO E ROTACAO EXTERNA/INTERNA, FORÇA 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 anatómicas 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, FORÇA 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” ( ) “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):<br><b>OMBRO - Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                   | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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**  
 CPF - 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 Nº. **17E0125000386**

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

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

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

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) envolvido(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), 88058198415 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **FUNCIONARIO PUBLICO 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: **21/11/1960** 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 do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) 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: NXV4B20 (PERNAMBUCO/ARACOIABA) Renavam: 228742374 Chassi: 9C2KC1540ARO49255  
Ano Fabricação/Modelo: 2010/NÃO INFORMADO Combustível: ALCO/GASOL

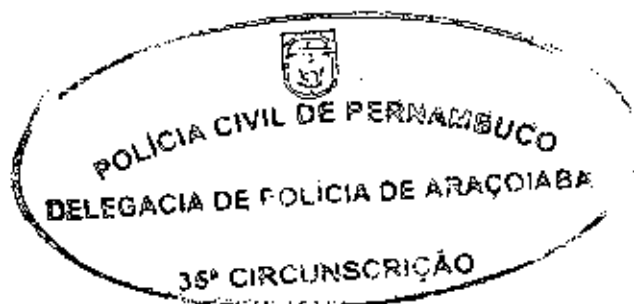
### Complemento / Observação

NOTICIA 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, SOME-ITE ENCONTRARAM REGINALDO DESMAIADO SOBRE A PISTA, QUE TROUXERAM REGINALDO AO HOSPITAL LOCAL PELO SAMU E LOGO FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE PERMANECIU 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 ESTA 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*  
FERNANDO JOSE PALMEIRA DO NASCIMENTO



MILLENUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTOA  
27 JUL. 2017



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das  
Convênios 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

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de JML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-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 - DP35ºCIRC  
DIM/8ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0125000386**

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

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

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

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) envolvido(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), 88058198415 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **FUNCIONARIO PUBLICO 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: **21/11/1960** 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 do(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTOCICLETA (VEICULO)** 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: **NXV4B20** (PERNAMBUCO/ARAÇOIABA) Renavam: **228742374** Chassi: **9C2KC1540ARO49255**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO/GASOL**

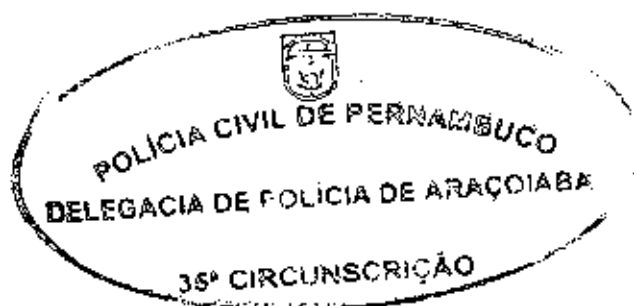
### Complemento / Observação

NOTICIA 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, SOME-ITE ENCONTRARAM REGINALDO DESMAIADO SOBRE A PISTA, QUE TROUXERAM REGINALDO AO HOSPITAL LOCAL PELO SAMU E LOGO FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE PERMANECIU 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 ESTA 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*  
**FERNANDO JOSE PALMEIRA DO NASCIMENTO**



MILLENUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTOA  
27 JUL. 2017

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das  
Convênios 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

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de JML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-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, Reginaldo Henrique da Silva, portador da carteira de identidade nº 54898 un 00036 e inscrito no CPF/MF sob o nº 880.561.984-15 residente e domiciliado na R. Bom Sucesso, 149 - Centro Cidade Aracaju, Estado SE, 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.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Aracaju, 12/02/2017

Local e data

MILLENIUM RECIFE  
ADME COR DE SEG. LTDA  
27 JUL. 2017



**SAM**  
**193**

**AUTENTICAÇÃO**  
Atestamos a presente cópia reconstruída conforme a original apresentada, do que dou fé.  
Recife, 11 de julho de 2017.  
Em testemunha da verdade  
Polícia Militar do Estado de Pernambuco  
1º Substituto



3:07

Chegada ao local: 03:12

Saída do Hospital: 00:10

Hora da Conclusão: 00:15

**FICHA DE ATENDIMENTO**

Data da Solicitação: 19/06/17 Distrito: Aracaju 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"/> Clínico	<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
		<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO - Senha

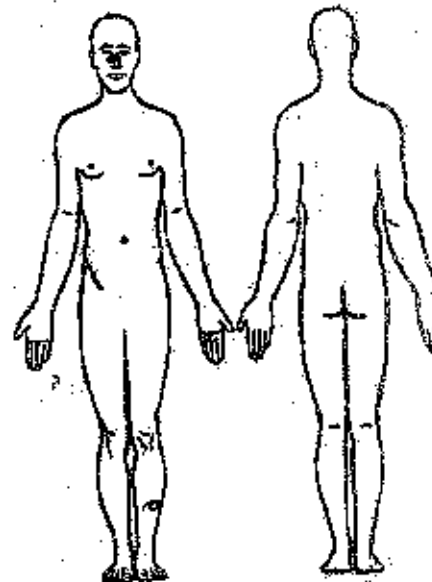
**IDENTIFICAÇÃO**

Paciente: Reginaldo Henrique da Silva Idade: 43 anos  
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem. Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
End: P.E. VI Bairro: \_\_\_\_\_  
Solicitante: Seu irmão Fone: \_\_\_\_\_  
End. Ocor: O mesmo Bairro: \_\_\_\_\_  
Referência: Proximo a Trica de Pataguias

MILLENNIUM RECIFE  
ADME COR. DE SSG LTDA  
27 JUL 2017

**CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)**

<b>Acid. Automóvel</b>	<b>Acid. Motocicleta</b>	<b>Atropelamento</b>	<b>Mecan. Do Trauma</b>
<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"/> Uso do Capacete	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Impacto frontal
<input type="checkbox"/> Uso do cinto	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Impacto lateral
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Impacto traseiro
<b>Acid. Trânsito</b>	<b>Acid. Ciclista</b>	<b>Intoxicação</b>	<b>Exposições</b>
<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
<input type="checkbox"/> 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
<b>Asfixia</b>	<b>Queda</b>	<b>Agressões</b>	
<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	<input type="checkbox"/> 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 e trauma no nariz e esbolecimentos.  
Hipótese Diagnóstica Conhecida: \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO CLÍNICA**

Temperatura <u>37</u>	Glicemia (HGT) <u>98</u>	<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Gemido/Estridor
Vias Aéreas	Pulso <u>20</u>	<input type="checkbox"/> Desidratado	<input type="checkbox"/> Batimento Asa Nariz	<input type="checkbox"/> Obst. V. Aéreas
F.R. <u>20</u>		<input type="checkbox"/> Lesões de Face	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Retração Xifóide
		<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Deformidade Tórax	<input type="checkbox"/> Sibilos Expiratórios
		<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Tiragem Inter
		<input type="checkbox"/> Cor da pele Normal	<input type="checkbox"/> Distócia fala/choro	<input checked="" type="checkbox"/> Circulação PA
RN: 35-50	RN: 120-160			<u>140x90</u>
Ad: 16-20	Ad: 60-110			



Atendimento realizado em 14/06/2014 às 14:00h  
Local: Rua 14, nº 14, Jd. Santa Helena, São Paulo/SP  
Paciente: [nome não legível]  
Idade: [idade não legível]  
Sexo: [sexo não legível]  
Profissão: [profissão não legível]  
Motivo da Chamada: [motivo não legível]  
Assinatura do Médico Responsável: [assinatura]

EXAME NEUROLÓGICO			NATUREZA DA LESÃO
<b>Avaliação Primária</b>	<b>Sinais de Disf. Cerebral</b>	<b>Avaliação das Pupilas</b>	<input type="checkbox"/> Lesões Intra-abdominais
<input checked="" type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Déficit Motor	<input type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Lesões Intra-torácica
<input type="checkbox"/> Resposta Verbal	<input type="checkbox"/> Desvio de Comissura Labial	<input type="checkbox"/> Anisocóricas	<input type="checkbox"/> Presença/Sangue
<input type="checkbox"/> Resp. estímulos Dolor	<input type="checkbox"/> Dificuldade de Fala	<input type="checkbox"/> Midriase	<b>Fratura- Ossos Longos</b>
<input type="checkbox"/> Irresponsivo		<input type="checkbox"/> Miose	<input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada

ESCALA DE GLASGOW				
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total de Pontos	
Abertura Ocular Espontânea	4 Orientado	5 Obedece Comando	6	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 50px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 24px;">12</div>
Abertura Ocular á Voz	3 Confuso	4 Localiza Estímulos Dolorosos	5	
Abertura Ocular á Dor	2 Resposta Inapropriada	3 Retirada ao Estímulo Doloroso	4	
Sem Abertura Ocular	1 Sons Ininteligíveis	2 Flexão Anormal (Decorticação)	3	
	Sem Resposta Verbal	1 Extensão Anormal (Descerebração)	2	
		Sem Resposta Motora	1	

CONDUITA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO		
<input type="checkbox"/> Aspiração de Sangue e Secreção	<b>Ventilação Mecânica</b>	<b>Outras Conduitas:</b>
<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	Modalidade: _____	<u>Arroxo Clavado</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de Coluna Cervical	FIO <sub>2</sub> : _____	<u>S.O.S.</u>
<input type="checkbox"/> Infusão de Fluidos	<b>Adaptação Ventilação</b>	Intercorrências: _____
<input type="checkbox"/> Reanimação Cardiopulmonar	<input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/> Mal	
<input type="checkbox"/> Imobilização de Membros		

O<sub>2</sub>: ☐ Catéter ☐ CPAP ☒ Venturi 100% ☐ Másc. c/ Reservatório

**USO DE ÁLCOOL E/ OU OUTRAS DROGAS**

☒ Álcool ☐ Anfetamina ☐ Cocaína ☐ Cola ☐ Crack ☐ Maconha ☐ \_\_\_\_\_

Informante: A Própria Vítima		Familiares	Outros- Especificar	Referente ingestão de bebida alcóolica há:
<input type="checkbox"/> Alteração de Humor	<input type="checkbox"/> Agitado/Irritado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<u>03 dias</u>
<input type="checkbox"/> Alteração na Marcha	<input type="checkbox"/> Agressivo	<input type="checkbox"/> Hálito Alcoólico	<input type="checkbox"/> Sonolento	

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO	
Hospital para onde o paciente foi encaminhado: <u>Unidade Mista de Referência</u>	
Registro do Hospital: _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Maca Retida na Unidade Hospitalar Orientação para o Ambulatório Óbito Antes do Atendimento Óbito durante o Atendimento Prancha Retida Removido Antes do Atendimento</div>
Médico que Recebeu: _____	
Assinatura do Médico Responsável: _____	

EQUIPE	
Médico regulador: <u>Dr. Flávio</u>	Médico Assistente: _____
Enfermeira: _____	Socorrista: <u>Ademir</u>
Condutor/Piloto: <u>Jefferson</u>	Op. De Frota/OEE: <u>David</u>
Função do Responsável pelo preenchimento: _____	Ass.: _____
SOLICITOU APOIO DA UTI <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NAO	

Observação: \_\_\_\_\_

**EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica

Ass: \_\_\_\_\_