

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luíza Maria Alves da Silva,
RG nº 6884344, data de expedição 26/10/17,
Órgão SSPE, portador do CPF nº 053968.414-78, com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Modelo de Melo Pereira Primo, nº 183,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Vinícius Matheus Diniz, cujo o condutor era
Luiz Gonzaga da Silva.

Veículo: PA5 / MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / CG 150 FAN E3 DI
Ano: 2013/2014
Placa: PGT 7468
Chassi: 9C2KC1680ER405773
Data do Acidente: 11/03/2018
Local e Data: 25/06/2018



Luíza Maria Alves da Silva
Assinatura do Declarante

Luiz Gonzaga da Silva

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

Substituto
CIC 187.003.420
Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de LUIZA MARIA ALVES DA SILVA. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular () Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Emol. - R\$ 3,39 TSNR - R\$ 0,80, FERC - R\$ 0,40, IES - R\$

Selo: 0674872.TIX06201801.02812 06/07/2018 11:22:58
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO DPVAT.

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº: 88

Data: 11-03-18	Hora: 18:03		
Nome: Zimiclus Mathheus Lima Silva			
Nascimento: 25-11-96	Sexo: mas	Estado Civil: Solteiro	
Escolaridade: 8º médio	Profissão: Autônomo		
Mãe: Adalvia Lima de Medeiros Silva	Responsável: O mesmo		
Endereço: Rua Manoel P. Lima, 1334			
Bairro: SBBP	Município: STA / PE	Fone:	
Cartão SUS: 398003723953214	RG/CPF:		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda
	Amarela	Indígena	

PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:
<p>História e Exame Físico:</p> <p>Nota: após ter recebido o diagnóstico de fratura no antebraço e não E.</p>				

Tratamento:

Diagnóstico - Fratura no antebraço

Ente: 12/03/18

Do ortopedista

EXCELSIOR SEGUROS

12/03/18

SEGURO CIVIL

Hipótese Diagnóstica:	Carimbo e Assinatura:
Fratura no antebraço	Dr. Jailson José dos Santos Médico CRM PE 17769 RPM 087.61

Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às: hrs do dia:				

Pernambuco

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES S.S. TAL. 40054
MÉDICO SOLICITANTE
PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

DATA DA SOLICITAÇÃO
10/04/2016 10:29

SIGNATURA DO ANEXO 2 (FORMA DE CONTROLE)
CORRIG. 10/05/16

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE
VINÍCIOS MATHEUS DINIZ SILVA

CPF DO PACIENTE
2.26876

CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO
25/11/1995

SEXO

Masculino

NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL

ADALVA DINIZ DE MEDEIROS SILVA

ENDEREÇO (RUA Nº PARQUE)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

COD. URB. MUNICÍPIO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA S.MTC E

CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (REBR TADO DE LEAVEN REAG 2477)

RAIO X

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

FRATURA S.MTC E

COD. DE ENFERMAGEM

COD. DE PROCEDIMENTO

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

CLASSE

GRADIENTE DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

TIPO DE LITIGÂ

MÉDICO AUTORIZADOR

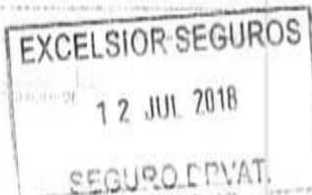
AUTORIZAÇÃO

DATA DE EMISSÃO

DATA RECEBIMENTO

DATA EMISSÃO

ESCLARECIMENTOS



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora 15/03/18 10:29
 Profissional Evolução PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO
 Descrição Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
15/03/18 10:29	Em digitação	0h:0m:25s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
15/03/18 10:30	Aguardando Regulação		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário

EXCELSIOR SEGUROS
 12 JUL 2018
 SEGURO DE VIT.

14-6382 9.9510



HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON M.
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada

Nome:

VENECIO M. DUTRA

DO MAR SÃO VIZANTE

HDX: Test. S. NITC (E)

① DIETA LOMÉ

② DIETONA 100-9 @ 6/6/15

③ JUV + CCGG

Data:

12/3/15

Médico - CRM

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2016

SEGURO PRIVAT.



Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 28/03/2018		Nº Registro: 000154359	
Identificação do Paciente: VINÍCIUS MATHEUS DINIZ SILVA		202 - TRAUMA, MASO	
Data Nascimento: 25/11/1995	Idade:	Sexo: Masculino	Sigla Informação: 05
Estado Civil: Solteiro(a)	Profil: 000	Qualificação: SERRA TALHADA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: LUIZ GONZAGA DA SILVA		Mãe: ADALVA DINIZ DE MEDEIROS SILVA	
Endereço: RUA MANOEL PEREIRA S/Nº		1337	
Bairro: AABR	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone: (71) 9910-2693

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito []	Outros []	Queda []	Identes []
Suicídio []	Assalto []	Outros []	
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Posição de fratura NSE
Exame físico normal
Exame físico normal

Diagnóstico inicial: *Fratura 5ª MTC E.*

S.A.D.T.

Diagnóstico Final:

CONDIÇÃO DE ALTA		MOTIV.
Melhorada []	Decisão Médica	T
Inalterado []	Alta a Pedido	
Piorado []	Transferência	
Óbito < 48h []	Evadido	
Óbito > 48h []	Indeclinável	
Óbito em:		
Hora:		

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

EXCELSIOR SEGUROS

3003 SP

R.

Médico Responsável

Cirurgia Realizada:

Nº 0011

Prossimato 5º MTC Ey

Data: 29/03/18

Início

Término

Cirurgião: Fabiano

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

Silvane

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Sob anestesia Assupsa NSE
Mecan. pulcr. 5º foc. de fratura
& fixados com 02 fio KIRSCHNER
Radioscopia
Total tipo splints R.

Assinatura do Cirurgião

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO PRIVAT.

CliniK

Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,

Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;

CEP: 56903- 440

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

Laudo médico

Vinicius Matheus Diniz Silva; Idade: 22anos.

Paciente foi vítima de acidente por colisão de moto/carro no dia 11/03/2018. Fato ocorrido na cidade de Serra Talhada- PE; na rua Manoel de Melo Pereira Primo, Bairro: Cohab, Via pública.

Foi levado por familiares ao hospital regional do município de Serra Talhada- PE (HOSPAM). Na qual foi atendido pelo médico clínico geral, que informa o diagnóstico de fratura do quinto metacarpo falangeano esquerdo.

Deu entrada no hospital São Vicente na qual foi realizado procedimento cirúrgico de reparo.

Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exame físico-clínico visual, sequela consequente ao trauma na qual foi observada limitação de movimento do quarto e quinto quirodáctilos esquerdos de mais ou menos 85%. E diminuição da força da mão de mais ou menos 20%.

No momento encontra-se de alta do tratamento com a fisioterapia.

OBS: Paciente se apresenta ao exame físico de hoje com esses sinais. Podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo no decorrer dos dias.

Atenciosamente

Ricardo Bruno S. S. e Silva

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992.

Dr. Ricardo Bruno
Médico
CRM-PE: 23409



Serra Talhada, 04 de dezembro de 2018

REPÚBLICA DE PERNAMBUCO
MINISTÉRIO DA CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE

NOME
ROGANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE (ORO EMISSÃO/UF)
6870803 SDS PE

CPF
051.394.744-28

DATA NASCIMENTO
19/06/1983

FILIAÇÃO
ARCELO PEREIRA DA SILVA
MARIA JOSE DE MENEZES SILVA

PERMISSÃO
ACQ
CAT. INAL

Nº REGISTRO
06935894409

VALIDADE
18/11/2019

RENOVAÇÃO
06/05/2010

OBSERVAÇÕES
A

Assinatura do Titular
Rogana de Menezes Silva Cavalcante

ASSINATURA DO FORNECEDOR

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
19/11/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
47012846458
PM063070193

DETRAN - PE PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODAS
O TERRITÓRIOS NACIONAIS
1017067334

PERMISSÃO PLACATAGEM
1017067334

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

MINISTÉRIO DAS CIDADES

CCO BENJAMIN	RATRIC	ERSON
508405597	508405597	508405597

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

053-968-214-73

—PACA—
2GT7458

海神氏神子
112 四

9C2K21650ER405713

MOTOR CITY LEAP, INC. CONSULTING, INC.
ALCO (GASCO)

DA/CGISO FAN EDIT 2013 2013

149006
PARTIC
VERMELHA.

VENUDIAS
11 11 11 11 11 11

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

3.
4.
5.
6.
7.

11/1/1919

Charles Andrews Gould

SECRET
DISTRAN/2

PE Nº 013726280404 BILHETE DE SEGURO DPV

LUIZ MORTA ALVES DA SILVA

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

SAC PRIVAT 0800 022 1204

DEFEND [DATA ENTRY]
2018 26/03/21

DATE	TIME	PLACE
02/03/00	11:00	025774000

22405597	MARCA/MODELO
	HONDA/CG150 FAN 2501

013
P9
9C2KCT1680ZF408773

PRÉMIO TARIFÁRIO

[illegible]

EGUPO 2250

<input type="checkbox"/> COMÍDIA	<input type="checkbox"/> PARCELA DO	DATA DE CANCELAR
----------------------------------	-------------------------------------	------------------

SEGURODORA LÍDER • DPVAT

REPORT OF THE

RECEIVED

12 JUL 2018

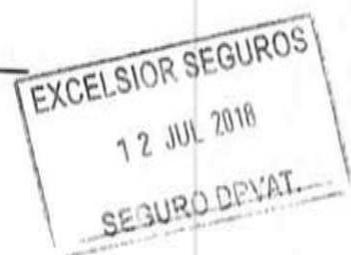
SECRET

DECLARAÇÃO

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

SERRA TALHADA, 03 de Julho de 2018

X Simone Mathus Diny Silva



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321299 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321299 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321299 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo Coelho Bezerra

CRM do médico: 24897

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321299 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo Coelho Bezerra

CRM do médico: 24897

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**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.

Número do Sinistro: **3180321299**

Nome do(a) Examinado(a): **VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R MANOEL PEREIRA LINS, 1337 - NOSSA SENHORA DA PENHA - Serra Talhada - PE - CEP 56912-370

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **9412814**

Data e local do acidente: [**11/03/2018**] **SERRA TALHADA**

Data e local do exame: [**20/12/2018**] **Salgueiro** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO 5º METACARPO À ESQUERDA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FISIOTERAPIA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

5º quirodáctilo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Leonardo Coelho Bezerra
Médico
CRM: 24897 - PE

Leonardo Coelho Bezerra - CRM: 24897 - PE

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA

Nº Sinistro: 3180321299

Vitima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA

Data do Acidente: 11/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180321299**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13113017



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA
Nº Sinistro: 3180321299
Vitima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA
Data do Acidente: 11/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180321299**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13115514



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA
Nº Sinistro: 3180321299
Vitima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA
Data do Acidente: 11/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180321299**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180321299

Vítima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA

Data do Acidente: 11/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

013.607.224-08

Nome completo da vítima

Vinicius Mathews Diniz Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Vinicius Mathews Diniz Silva

CPF titular da conta

013.607.224-08

Profissão

Agricultor

Endereço

R- Manoel Pereira Zins

Número

1337

Complemento

Casa

Bairro

AARB

Cidade

Serra Talhada

Estado

PE

CEP

56912-370

Email

Telefone (DDD)

9634-4907

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRANCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Serra Talhada 03 de Julho de 2018

Local e Data

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO DPVAT

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 31801321299	CPF da vítima: 013.607.224-08	Nome completo da vítima: Vinicius Mathus Diniz Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSER Nº 445/2012		
Nome completo: Vinicius Mathus Diniz Silva	CPF: 013.607.224-08	
Profissão: Agricultor	Número: 1337	Complemento: caso
Endereço: Rua Manoel Pereira Lima	CEP: 56900-000	
Cidade: Serra Talhada	Estado: PE	
Telefone: AA BB	Tel. (DDD): (87) 9634-4907	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RECEITA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADO: **AVULSO** BENEFICÍARIO: **INDIVIDUAL** ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itau (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0914** CONTA: **61.116** **7**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos: _____	Falecidos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Serra Talhada, 24/10/18**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

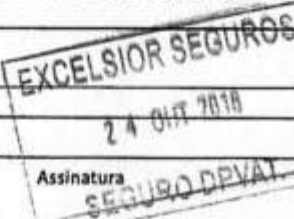
CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CONFERE COM
O ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267002374**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/06/2018** às **17:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/3/2018** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **MANOEL DE MELO PEREIRA PRIMO, COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
LUIZ GONZAGA DA SILVA (NOTICIANTE)
LUIZA MARIA ALVES DA SILVA (OUTRO)
VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ GONZAGA DA SILVA

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

LUIZ GONZAGA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA DO CARMO DA SILVA**
Pai: **ANTONIO HONORATO DA SILVA** Data de Nascimento: **25/2/1975** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5962267/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 87999637321**

Residencial: **MANOEL DE MELO PEREIRA PRIMO, Nº 133, COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **ADALVA DINIZ DE MEDEIROS SILVA** Pai: **LUIZ GONZAGA DA SILVA** Data de Nascimento: **25/11/1996** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9412814/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 87999102693**

Endereço Residencial: **RUA MANOEL PEREIRA LINS, 1337 - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

LUIZA MARIA ALVES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZA MARIA ALVES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ GONZAGA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PGT7468** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **588406597** Chassi: **9C2KC1680ER405773**

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O SR. LUIZ GONZAGA DA SILVA NOTICIA QUE SOFRERA UM ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO SE DESLOCAVA-SE DE SUA RESIDENCIA PARA A RESIDÊNCIA DE SEU FILHO VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA LEVANDO ESTE LEVANDO ESTE COMO CARONA NA MOTOCICLETA DESCRITA NESTE BOE.. RELATOU O SR. LUIZ GONZAGA QUE PERDEU O CONTROLE DE SEU VEÍCULO AO DERRPAR EM UMA POÇA DE LAMA NA VIA, QUE NÃO É CALÇADA, VINDO A CAIR E O CARONA, O SR. VINICIUS MATHEUS VEIO A LESIONAR O BRAÇO ESQUERDO. LOGO EM SEGUIDA O SR. LUIZ GONZAGA LEVOU O SEU FILHO VINICIUS MATHRUS AO HOSPAM ONDE ESTE RECEBERA ATENDIMENTO MÉDICO. VINDO HOJE NOTIFICAR O OCORRIDO EM RAZÃO DE REQUERER O SEGURO DPVAT.

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

LUIZ GONZAGA DA SILVA
(NOTICIANTE)

VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **DEODORO FONSECA DE CARVALHO** - Matrícula: **2214415**

CONFERE COM
O ORIGINAL



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Vinicius Matheus Diniz Silva

CPF da Vítima

013.607.224-08

Data do Acidente

11/03/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

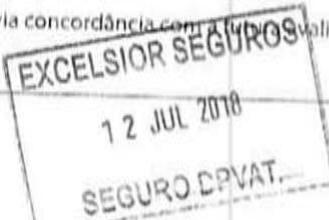
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Guaratinga 03 de julho de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

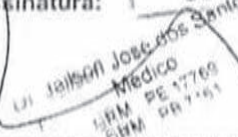
Nº: 88

Data: 11-03-18	Hora: 18:03		
Nome: Zimiclus Mathheus Lima Silva			
Nascimento: 25-11-96	Sexo: mas	Estado Civil: Solteiro	
Escolaridade: 8º médio	Profissão: Autônomo		
Mãe: Adalvia Lima de Medeiros Silva	Responsável: O mesmo		
Endereço: Rua Manoel P. Lima, 1334			
Bairro: SBBP	Município: STA / PE	Fone:	
Cartão SUS: 398003723953214	RG/CPF:		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda
	Amarela	Indígena	

PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:
-----	--------	------	--------------	-------

História e Exame Físico:
 Mto. apneia br. repido
 o ciclo de sono com trauco
 continuo não E.

Tratamento:
 Dilatação
 PT não E
 Entenda
 Ao ortopedista

Hipótese Diagnóstica:	Carimbo e Assinatura:
Fratura não E	 Dr. Jailson José dos Santos Médico CRM PE 17769 RRM PR 7161

Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às hrs do dia				

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: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000061116-7

Nr. da Autenticação 46D49387CDA539C2



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Rua Vitor, Recife, Pernambuco - CEP 50090-902
CNPJ 19.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPR 308 710 364-15

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-130

CLASSIFICAÇÃO
R1 RESIDENCIAL
R1 RESIDENCIAL
Monofásico

PERÍODO	UNIDADE	DATA
00/09/2018	UNICA	23/02/2019
23/02/2019	2000136289	3672821 %

2278076019	02/2018
02/03/2018	26/03/2018
210,32	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	208,000000	0,86874504	180,59
Contribuição Iluminação Pública			7,98
ICMS Subvenção (CDE NF 003104203-27/12/17)			2,03
Multa por atraso NF 003104203-27/12/17			4,98
Juros por atraso NF 003104203-27/12/17			1,80
Atualização (CPI-MF 003104203-27/12/17)			1,77
PRO-CHANCE (0813412-0860 0800 021 0000)			0,98
TOTAL DA FATURA			210,32

MONSTRATIVO DE CONSUMO DATA NOTA FISCAL										210,32
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJURTE	CONSUMO (kWh)	
3010218214	CAT	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA					
		25-01-2018	15 224,00	23-02-2018	15 508,00	28	1,00000		284,00	

ANÁLISE DE CUSTO	ICMS	PIS	COPINS	Consumo Ativo (kWh)	TAMPAIS APLICADAS
FEV 18 203					
JAN 18 326					
DEZ 17 340					
NOV 17 352					
OUT 17 262					
SET 17 218					
AUG 17 337					
JUL 17 300					
JUN 17 264					
MAY 17 312					
ABR 17 262					
MAR 17 370					
FEV 17 336					

5411 68DC 49AD 5F0D 15AF 3A0C E413 2FCD

INFORMAÇÕES DEPOSITANTES

ATENÇÃO: A CELPE NÃO PAGA O VALOR DO CUSTO DE ENERGIA ELÉTRICA				
Custos relativos ao valor pago pelo(a) cliente(s) de energia elétrica				
Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
01/01/18	230,218	207,81	01/01/18	230,218
<p>Em caso de não pagamento do valor, o faturamento do cliente poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão na lista de inadimplentes, o que poderá gerar o corte de energia elétrica.</p> <p>O faturamento do cliente poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão na lista de inadimplentes, o que poderá gerar o corte de energia elétrica.</p>				

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	VALOR APURADO	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
END	1,48	5,43	10,86	21,73
PIQ	3,20	3,20	6,40	12,80
OMR	0,27	3,11	6,22	12,44

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de M.S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744 / 25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Vinicius Mathius Diniz Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.607.224 / 08 do sinistro de DPVAT cobertura Funeral da Vítima Vinicius Mathius Diniz Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.607.224 / 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Procuradora Renda: Ricsson e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Francisco Olayo</u>		Numero <u>110</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>IPSEP</u>	Cidade <u>Serra Talhada</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56912-130</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(87) 9634-4907</u>

S. Talhada 09 de Julho de 2018
Local e Data

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO DPVAT

Rosana de M.S. Cavalcante
Assinatura do Declarante