



SAMU  
192

**Aliança**  
Unidos por uma nova Aliança

Hora do chamado: 18 : 06  
Chegada ao local: \_\_\_\_\_  
Saída do hospital: \_\_\_\_\_  
Hora da conclusão: \_\_\_\_\_

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação: 14, 12, 17 Distrito: \_\_\_\_\_ Número da Ocorrência: 5416 544  
Motivo da Solicitação: *colisão carro*  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"/> PSQUIÁTRICO
<input checked="" 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 5319 705

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: *Werneson Cleberson de Souza DN: 16/08/87* Idade: 31 anos

Sexo:  Masc.  Fem. Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

End.: *Engenho mulata - usin. baranjeiros* Bairro: \_\_\_\_\_

Solicitante: *Mariaee* Fone: \_\_\_\_\_

End. Ocor.: *PEB62 - Prx. Hotel Afaria* Bairro: \_\_\_\_\_

Referência: *Prx. trevo de Aliança*

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acid. Automóvel	Acid. Motocicleta	Atropelamento	Mecan. do Trauma	
<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Motociclista	<input type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Capotamento	
<input type="checkbox"/> Passageiro/Frente	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Calçada	<input type="checkbox"/> Ejeção	
<input type="checkbox"/> Passageiro/Trás		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Impacto frontal	
Uso do Cinto	Uso do Capacete		<input type="checkbox"/> Impacto lateral	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Impacto traseiro	
Acid. Trânsito	Acid. Ciclista	Intoxicação	Exposições	
<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"/> Exógeno	<input type="checkbox"/> Fogo	
Caminhão	<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Outros	( ) <sup>1º</sup> ( ) <sup>2º</sup> ( ) <sup>3º</sup>	
Placa: _____		Agente causador	<input type="checkbox"/> Fumaça	
			<input type="checkbox"/> Subst. Química	
Asfixia	Queda	Agressões		
<input type="checkbox"/> Semi-afogamento	<input type="checkbox"/> Própria altura	<input type="checkbox"/> Arma de fogo	<input type="checkbox"/> Agressão Física	
<input type="checkbox"/> Soterramento	<input type="checkbox"/> Outra altura	<input type="checkbox"/> Tipo _____	<input type="checkbox"/> Maus tratos	
<input type="checkbox"/> Engasgo	Aproximadamente	<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Abuso sexual	
<input type="checkbox"/> Outros	metros	Tipo _____	<input type="checkbox"/> _____	

CAUSAS CÍNICAS

História Clínica atual: \_\_\_\_\_

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018

Hipótese Diagnóstica Conhecida: \_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

Temperatura	Glicemia(HGT)	<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Gemido/Estridor
		<input type="checkbox"/> Desidratação	<input type="checkbox"/> Batimento Asa Nariz	<input type="checkbox"/> Obst. V. Aéreas
Vias aéreas	Pulso	<input type="checkbox"/> Lesões de Face	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Retratação Xifoíde
F.R.		<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Deformidade Tórax	<input type="checkbox"/> Sibilos Expiratórios



**SAMU**  
**192**

**EXAME NEUROLÓGICO**

<b>NATUREZA DA LESÃO</b>			
<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"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Lesões Intra-torácicas
<input checked="" type="checkbox"/> Resposta Verbal	<input type="checkbox"/> Desvio de Comissura Labial	<input type="checkbox"/> Anisocônicas	<input type="checkbox"/> Presença/Sangue
<input type="checkbox"/> Resp. estimulos 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**

	<b>Abertura Ocular</b>	<b>Resposta Verbal</b>	<b>Resposta Motora</b>	<b>Total de Pontos</b>
Abertura Ocular Espontânea	4	Orientado	5	Obedece Comando
Abertura Ocular à Voz	3	Confuso	4	Localiza Estímulos Dolorosos
Abertura Ocular à Dor	2	Resposta Inapropriada	3	Retirada ao Estímulo Doloroso
Sem Abertura Ocular	1	Sons Ininteligíveis	2	Flexão Anormal (Decorticação)
		Sem resposta Verbal	1	Extensão Anormal (Descerebração)
				Sem Resposta Motora
				1

**CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO**

<input type="checkbox"/> Aspiração de Sangue e Secreção	<b>Ventilação Mecânica</b>	Outras Condutas:
<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	Modalidade:	
<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de Coluna Cervical	FIO <sup>2</sup> :	
<input checked="" 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 <sup>2</sup> : <input checked="" type="checkbox"/> Catéter <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Venturi % <input type="checkbox"/> Másc. c/ Reservatório		

**USO DE ÁLCOL E/OU OUTRAS DROGAS**

<input checked="" type="checkbox"/> Álcool	<input type="checkbox"/> Anfetamina	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Cola	<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Maconha	<input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------

Informante: <input type="checkbox"/> A própria Vítima	<input type="checkbox"/> Familiares	<input type="checkbox"/> Outros - Especificar	Referente a ingestão de bebida alcoólica há:
<input type="checkbox"/> Alteração de Humor	<input type="checkbox"/> Agitado/Irritado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente
<input type="checkbox"/> Alteração na marcha	<input type="checkbox"/> Agressivo	<input checked="" type="checkbox"/> Hálito Alcoólico	<input type="checkbox"/> Sonolento

Hospital para onde o paciente foi encaminhado: <b>U.M.A para o HR</b>	<input type="checkbox"/> Maca Retida na Unidade Hospitalar
Registro do hospital:	<input type="checkbox"/> Orientação para o Ambulatório
Médico que Recebeu:	<input type="checkbox"/> Óbito Antes do Atendimento
	<input type="checkbox"/> Óbito durante o Atendimento
	<input type="checkbox"/> Prancha Retida
	<input type="checkbox"/> Removido Antes do Atendimento

Assinatura do Médico Responsável:

**EQUIPE**

Médico Regulador: \_\_\_\_\_ Médico Assistente: \_\_\_\_\_  
Enfermeira: \_\_\_\_\_ Socorrista: \_\_\_\_\_ Ariely  
Condutor/Piloto: \_\_\_\_\_ Op. de Frota/OEE: \_\_\_\_\_ Ariely Lins  
Tec. Enfermagem \_\_\_\_\_ COREN-PE 531.157

Função do responsável pelo preenchimento: **Tec. Enfermagem** Ass.: \_\_\_\_\_  
SOLICITOU APOIO DA UTI  SIM  NÃO

Observação: \_\_\_\_\_

**EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

ARUANA SEGUROS  
29 MAR 2018



## COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA

CGC 10.319.853/0001-44  
End.: Eng. Bujari S/N

Insc. Estadual: 0006650-88  
Fone: (81) 3797-0200 FAX: 3626-0880

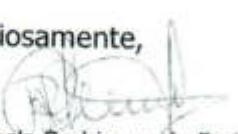
### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que Wermeson Cleberson de Lima RG 7732118 SDS/PE e CPF 076.032.054-65 é funcionário desta empresa desde 02/09/2013 na função de Líder de Transporte e reside no Engenho Terra Rica (Coqueiro), casa nº 09 localizada na Usina Santa Teresa – Goiana – PE.

Declaro ainda que o mesmo por residir em área da empresa, não paga água nem energia elétrica.

Goiana, 18 de maio de 2017.

Atenciosamente,

  
Rosângela Rodrigues de Freitas  
Analista Administrativo. – Relações Comunitárias  
CAIG - Companhia Agro Industrial de Goiana

Escritório : Av. Marques de Olinda, 11, Edif. Nassau - Bairro do Recife - CEP.: 50.030.000 - PABX: (081) 4009-8000  
Usina : Fazenda Usina Bujari, S/N - CEP.: 55.900-000 - PABX: (081) 3797-0200 - Fax.: (081) 36260880

ARUANA SEGUROS  
29 MAR 2018



Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Bos Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-802  
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Ins. Est. 0025943-83 | www.celpe.com.br

MELÍCIO DA COSTA LEITE NETO

RUA DQ DE CAXIAS 170 D

CPF: 214 938 474-49

CENTRO/GOIANA  
GOIANA PE  
55900-000B3 COMERCIAL  
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES  
Tributado

CONTAS CONTRATADAS

2431353019

MÊS/ANO

01/2018

Nº DA NOTA FISCAL

SÉRIE

DATA DE EMISSÃO

DATA DE VENCIMENTO

DATA DE PAGAMENTO/QUITAC

PESO DA NOTA FISCAL

Nº DA NOTA FISCAL

Nº DA NOTA FISCAL

TOTAL A PAGAR (R\$)

331,41

Consumo Apoio(kWh)  
Acréscimo Bandeira VERMELHA  
Contribuição Fazenda Pública  
Multas por atraso-NF 000223385 - 07/11/17  
Juros por atraso-NF 000223385 - 07/11/17  
Atualização iGPM-NF 000223385 - 07/11/17  
Cisão APAE - 0800 722 2723

QUANTIDADE  
071.000.000

PREÇO (R\$)  
0,57781920

VALOR (R\$)  
257,39  
12,78  
48,79  
5,43  
3,28  
1,78  
10,00

TOTAL DA FATURA

331,41

Nº DO MÊS/ANO	TIPO DA FONTE	ANTERIOR	LEITURA (kWh)	ATUAL	LEITURA (kWh)	Nº DE DIAS	CONSTANTE 1.00000	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
Mês/ano: 07/17									
JAN18	271								
FEV17	477								
MAR17	354								
ABR17	364								
MAY17	416								
JUN17	418								
JUL17	430								
AGO17	438								
SETE17	458								
OUT17	468								
NOV17	478								
DEZ17	477								
Consumo (kWh):									
Consumo (kWh): 046036000									
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO									
Geração de Energia R\$ 72,38 27,81%									
Transmissão R\$ 7,70 2,81%									
Distribuição (Celpe) R\$ 43,58 24,07%									
Perdas de Transp. R\$ 18,10 7,22%									
Encargos Sist. R\$ 23,90 9,07%									
Tributos R\$ 76,32 26,11%									
Total R\$ 284,17 100%									
F23C C32B 880A A844 D8A8 1242 8AAB AB4C									

No dia de fatura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações: www.celpe.com.br ou 0800 722 2723. O cliente é considerado quando há 15 dias ou mais de atraso no pagamento das contas de energia elétrica. Pode ser aplicada multa 2431353019/0001-08. Caso o cliente não pague a fatura, a suspensão do fornecimento de energia elétrica é automaticamente iniciada. Em caso de atraso maior de 15 dias, o cancelamento do contrato pode ocorrer após 2 dias de retardo, podendo também ser aplicado o cancelamento da fatura em que não ocorre o atraso. O consumidor pode cancelar a cobrança de encargos de fatura a qualquer tempo - 0800 722 2723.

## ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicamos sobre pagamento de(s) conta(s) de energia elétrica(s).

Venda: 083870000003-6 Ordem: 0561118 Valor: 426,46 Venda: Ordem: Valor:

Em caso de não pagamento da fatura, o fornecimento de energia elétrica é cortado, bem como outras contas de fornecimento. Esta comunicação é só informativa e não constitui cobrança de débitos anteriores. Em discussão sobre débitos anteriores, não se aplica o art. 1º da Lei 12.007/09. Esta comunicação não altera débitos de fornecimento de energia elétrica, nem libera a cobrança de débitos anteriores. O fornecedor não tem o direito de cancelar a cobrança de débitos anteriores.

Não existem débitos de 2016 e anteriores. Esta decisão é de exclusivo direito do fornecedor, sem previsão de recursos. O fornecedor pode aplicar multa de 10% ao débito de fornecimento mensal (art. 4º da Lei 12.007/09). Esta comunicação não altera débitos de fornecimento de energia elétrica, nem libera a cobrança de débitos anteriores. O fornecedor não tem o direito de cancelar a cobrança de débitos anteriores.

GOIANA	IMPORTE	VALOR DO APURADO	LIMITE 30 MESES	LIMITE 30 TRIMESTRAL	LIMITE 30 ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	UNIDADE DE VARIAÇÃO (%)
CONSUMO	0,00	0,00	7,23	6,47	12,95	360	0,00
LIMITE (C)	1,22	0,00	7,77	6,00	12,00		

2431353019 01/2018 22/01/2018 331,41  
83870000003-6 31410011002-8 43135301910-6 10743670613-3



ARUANA SEGUROS  
29 MAR 2018

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 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 COAF**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, efeitos capitalização e reaseguro.

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

Pelo exposto, eu Jáá exilhurme mprabura de Lançamento inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324-65,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wermeson Elleverson de Lima inscrito (a) no CPF sob o N° 076.038.054-65, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez,  
Wermeson Elleverson de Lima inscrito (a) no CPF sob o N° \_\_\_\_\_, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Récuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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	Número	Complemento
Rua Duque de Caxias	170	P
Centro	CEP	55900-000
Goiânia	Estado	GO
Goiânia.goiânia@gmail.com	Telefone comercial (DDD)	(81)3011-3224
	Telefone celular (DDD)	(81)9.9808-6287

Goiânia 19 de março de 2018  
Local e Data

  
Assinatura do declarante

ARUANA SEGUROS  
29 MAR 2018



## FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Registro N° 302 732 Hora: 18:10 Recepcionista: bus

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_ DISTRITO SANITÁRIO: \_\_\_\_\_ DATA: 14/12/17

INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO PACIENTE OU ACOMPANHANTE:

NOME: Wernerson Cleberson de Gama

DATA DE NASCIMENTO: 16/08/84 SEXO:  M  F  IGNORADO

ESTADO CIVIL: 30 ESCOLARIDADE: 7 PROFISSÃO: Estudante

RAÇA/COR:  
 1 - BRANCA  
 2 - AMARELA  
 3 - PRETA  
 4 - INDÍGINA  
 5 - PARDA

NOME DA MÃE: Manuella Gomes de Gama

ENDEREÇO: Engº M. L. das 51 N°: 0000 COMPL.: 000 CEP: 55.890-000

BAIRRO: Vila Cemitério MUNICÍPIO: Aliança

ACOMPANHANTE: Wernerson MEIO DE TRANSPORTE: PE

HDA: Paste - te de cintos de segurança, no trânsito e  
em casa e no trabalho, com os filhos e amigos

VACINAS ATUALIZADAS:  SIM  NÃO

### PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES OU AGRESSÃO

#### ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO AUTOMÓVEL  ÔNIBUS  MOTO  OUTRO  QUAL?  IGNORADO

FATOR DE PROTEÇÃO CINTO/CAPACETE SIM  NÃO   IGNORADO

MODO DE ATROPELAMENTO: COLISÃO  CAPOTAGEM  OUTRO  QUAL?  IGNORADO

INDO / VOLTANDO DO TRABALHO SIM  NÃO   IGNORADO

#### ACIDENTE DO TRABALHO

ORIGEM CONSTRUÇÃO CIVIL  INDÚSTRIA  AGRICULTURA  COMÉRCIO  QUAL?  IGNORADO

LOCAL DE TRABALHO: ORGÃO: ENDEREÇO:  IGNORADO

#### OUTRO TIPO DE ACIDENTE

INTOXICAÇÃO ACIDENTAL  QUEDA ACIDENTAL  AFOGAMENTO  QUEIMADURA  CHOQUE ELÉTRICO  OUTRO

QUAL?  IGNORADO

#### AGRESSÃO

POR ARMA DE FOGO  ARMA BRANCA  ESPANCAMENTO  OUTROS  QUAL?  IGNORADO

POR ASSALTO  BRIGA  AÇÃO POLICIAL  AGRESSÃO SEXUAL  OUTROS  QUAL?  IGNORADO

AUTO AGRESSÃO  SUICÍDIO   IGNORADO

POR ARMA DE FOGO  ENFORCAMENTO  DROGAS  QUEDA DO NÍVEL QUAL?  IGNORADO

#### LOCAL DA OCORRÊNCIA

VIA PÚBLICA  DOMICÍLIO  AMBIENTE DE TRABALHO  ESCOLA  OUTROS  QUAL?

OBSERVAÇÕES:

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018

#### EXAME FÍSICO:

A) GERAL PESO: 65

ESTATURA

TEMP

C

310L 70%

C: CARDIOVASCULAR: RCAL 711 PULSO: 92 BMP PA: 120 x 70 MMHG

D: EXAME NEUROLÓGICO:

97/15

E: ABDÔMEN:

Fundo abdominal - nulos

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Tumor tumor?

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS:

1- SFU/71r. 8000-160

L- Dexam 1g EV AL

ARUANA SEGUROS  
29 MAR 2018

DATA: 19/12/17

Dr. José Lacerda Neto

Médico

ASSINATURA CONSELHO N°

CREMEPE 25222

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

ALTA MELHORADO INTERNADO TRANSFERÊNCIA ÓBITO TRANSFERIDO PARA: HR - Cuiabá - S3/970

MÉDICO

CRM

DATA

HORA

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

**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Nº Atendimento : 907 306

Nome : Wermeson Cleberson de Lima

Foi atendido às 20:31 hs. do dia 14/12/2017

Diagnóstico Próvel:

Poli trauma após acidente  
automobilístico.

TCE / traumia de face / .  
Trauma toracoabdominal

Tratamento Realizado:

Tomografias craneo / torax /  
abdomen

Sutura de face

Observação: Retirou panito C1 7 -  
10 dias

Cópia de:

Médico - CRMPE

Dr. Clarissa  
M. P. M. P.  
Clínica  
de Cirurgia  
de Urgência  
e Emergência

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

Cód. 0157

ARUANA SEGUROS  
29 MAR 2018



ARUANA SEGUROS  
29 MAR 2018



ARUANA SEGUROS  
29 MAR 2018



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

013177915023

DETAN-PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO  
VIA COD. REHANAM 979576656 PERÍODO EXERCÍCIO 2017

LUIZ JOSE DA SILVA

RECIFE-PE

CPF/CNPJ 062.509.844-70 PLACA KJV7656  
PLACA/UF 93YB8RGRH91100709

ESPECIEIRO PAS AUTOMÓVEL COMBUSTÍVEL ALCO/GÁSOL

MARCA/MODELO RENAULT/SANDERO AUT1016V ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP/POT/CL 50/76CV/998CL CATEGORIA PRATIC MARCA/MODELO RENAULT/SANDERO AUT1016

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS 1º 2º 3º

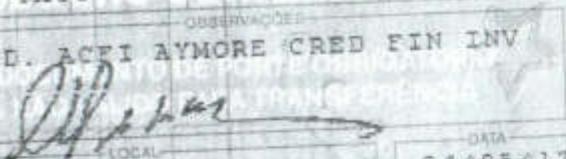
IPVA 2017 QUITADO

FAIXA IPVA PARCELAGEM/COTAS 2º 3º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURADO PAGO

OBSERVAÇÕES AL. FID. ACFI AYMORÉ CRED FIN INV.

  
LOCAL DATA 24/05/17

RECIFE-PE

Charles Andrews Souza Ribeiro  
RES. FDF SUPERINTENDENTE DETRAN/PE

ARUANA SEGUROS

9 MAR 2018

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PE N° 013177915023 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUIZ JOSE DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
"RECOMENDAÇÕES DE COBERTURA"

[www.segurodpvat.mctier.com.br](http://www.segurodpvat.mctier.com.br)  
FAC-SIMILE: 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 24/05/17

RECIFE-PE CPF (CNPJ) 062.509.844-70 PLACA KJV7656

REHANAM 979576656 MARCA / MODELO RENAULT/SANDERO AUT1016

ANO FAB. 2008 QUITANTE 01 MARCA 93YB8RGRH91100709

PRÉMIO TARIFÁRIO

PRÉMIO (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10F (R\$) TOTAL A SER PAGO (SEGURO) (R\$)

DATA DE PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA UNICA PARCELADO

9102-230

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.900/0001-04  
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

ESTE BILHETE É O FORMA CORRETA DE COBERTURA

9102-230



## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA *Wermeson Eleberson da silma*DATA DO ACIDENTE *14.12.17* CPF DA VITIMA *076.038.054 - 65*PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO *Joá Guilherme mangabeira da Carvalho*QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR:  VITIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COMA VITIMA E *Wermeson Eleberson da silma*ENDERECO DO PORTADOR *Rua Duque de Caxias*Nº *170* COMPLEMENTO *0* BAIRRO *Centro*CIDADE *Joiana* UF *PE* CEP *55900 - 000*E-MAIL *absistencia.joiana@gmail.com* TELEFONE *(81) 3011-3224*

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

*29/10/18*

IDENTIDADE

*8.317.118*

ASSINATURA

*[Signature]*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

ARUANA SEGUROS

DATA

*29/10/2018*

NOME

*[Signature]*

ASSINATURA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180143765      **Cidade:** Aliança      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WERMESON CLEBERSON DE LIMA      **Data do acidente:** 14/12/2017      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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

**Data da análise:** 11/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CRANIOFACIAL, TORÁCICO E ABDOMINAL

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180143765      **Cidade:** Aliança      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WERMESON CLEBERSON DE LIMA      **Data do acidente:** 14/12/2017      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo crânio encefálico.  
Ferimento na face.

Traumatismo torácico com fratura de três arcos costais à esquerda.

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima ao exame físico, sem sequelas neurológicas, faciais ou torácicas.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador do traumatismo crânio encefálico e do traumatismo torácico.  
Tratamento cirúrgico com sutura do ferimento da face.  
Não realizou fisioterapia.  
Alta médica.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 17/04/2018

### Conduta mantida:

**Observações:** vítima sem sequelas, apresenta cicatriz na região palpebral esquerda.

**Médico examinador:** LEONARDO DE FARIA NEVES

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

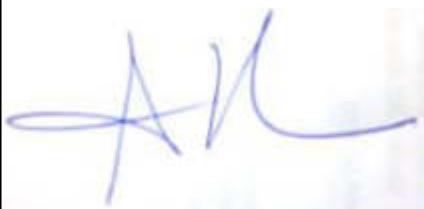
TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** MARCO ANTONIO TARTARELLA

**CRM do médico:** 41033

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Wermeson eleibson de Lima

Identidade: 7732118 CPF: 076.038.054-65 Estado Civil: Solteiro

Profissão: Líder de Trânsito End: Eng Terra Rica, 09,  
Lima Santa Teresa, Goiânia-PE

Outorgado: Luá Guillume Mangabeira de Carvalho

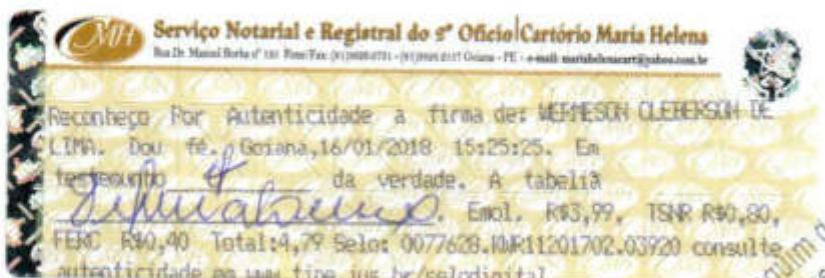
Identidade: 8.317.118 CPF: 083.562.324-65 Estado Civil: Casado

Profissão: Autônomo End: Rua Duque de  
Caxias, 107,0, centro, Goiânia-PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para  
resolver todas as questões administrativas, referente ao SEGURO DPVAT, que figura como  
vítima Wermeson eleibson de Lima

Identidade: 7732118 CPF: 076.038.054-65

*Goiânia 16 de janeiro de 2018*  
*Wermeson eleibson de Lima*



*Vilma Joaquim de Lima  
Escrevente*

ARUANA SEGUROS  
29 MAR 2018

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

---

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

**Número do Sinistro:** 3180143765

**Nome do(a) Examinado(a):** WERMESON CLEBERSON DE LIMA

**Endereço do(a) Examinado(a):** ENG TERRA RICA, 09 - GOIANA/PE - CEP 55900-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 7732118 - sds-pe - 16/06/2015

**Data e Local do Acidente :** 14/12/2017 - Aliança, PE

**Data e Local do Exame :** 17/04/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

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

TCE, ferimento em face, trauma toracico com fratura de 3 arcos costais a esquerda.

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

Tratado conservadoramente com suporte clinico, analgesia e sutura do ferimento de face, evoluindo sem complicações.

Não fez fisioterapia.

Alta cerca de 5 dias após o trauma.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

vítima consciente e orientado ao exame, sem deficit cognitivo, realiza contato verbal e visual com entrevistador. Apresenta expansibilidade toracica sem alterações. Cicatriz de sutura em região palpebral esquerda.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [ ] Sim [X] Não**

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

**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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 ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

---

% do Dano  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal

---

% do Dano  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal

---

% do Dano  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal

---

% 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.**



---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

---

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** WERMESON CLEBERSON DE LIMA  
**Nº Sinistro:** 3180143765  
**Vitima:** WERMESON CLEBERSON DE LIMA  
**Data do Acidente:** 14/12/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180143765**.

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](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de: WERMESON CLEBERSON DE LIMA**

**Sinistro: 3180143765**

**Vítima: WERMESON CLEBERSON DE LIMA**

**Data do Acidente: 14/12/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Senhor(a),**

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180143765** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de: WERMESON CLEBERSON DE LIMA**

**Nº Sinistro: 3180143765**

**Vitima: WERMESON CLEBERSON DE LIMA**

**Data do Acidente: 14/12/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180143765**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **14/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

**Atenciosamente,**

**Seguradora Líder-DPVAT**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205, exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala.

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

CPF da Vítima:

**076.038.054-65**

Nome completo da vítima:

**Wermeson eleberson de Lima**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo:

**Wermeson eleberson de Lima**

Endereço:

**Eng. Tura Rua**

Sant

Woma

Santa

Tereza

Cidade:

**Goiana**

CPF titular da conta:

**076.038.054-65**

Plano:

**recuseu**

Número:

**09**

Estado:

**PE**

CEP:

**55900-000**

Telefone (DDD):

**(81) 9.9808-6287**

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

REUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATE R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADFISCO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAU (341)

CATIVA ECONOMICA FEDERAL (164)

AGÊNCIA

010

CONTA

DV

CONTA CORRENTE (todas as finanças)

BANCO

Nome:

**Brasil**

AGÊNCIA

Nº:

0220

DV:

**8**

Informar dígito se existir:

Informar dígito se existir:

CONTA

Nº:

31649

DV:

**3**

Informar dígito se existir:

Informar dígito se existir:

Informar dígito se existir:

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

**ARUANA SEGUROS**

**29 MAR 2018**

**J**

**Goiana 19 de março de 2018**

Lugar e Data

**Wermeson eleberson de Lima**  
 Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL S.A.  
16/01/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 12.04.55  
0242572325

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0220-8 CONTA: 37.649-3  
CLIENTE: WERMESON CLEBERSON LIMA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----05/12/2017-----		
Saldo Anterior		0,00C
-----22/12/2017-----		
Recebimento de Proventos 193265		824,88C
COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA		
Tarifa Pacote de Servicos 091715		2,710
Cobr parc tarf pend ref a 05/12/2017		
Saldo		821,67C
-----28/12/2017-----		
Recebimento de Proventos 626728		1.367,760
COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA		
Saldo		2.189,43C
-----29/12/2017-----		
Saque no TAA 999999		2.000,000
29/12 14:07 SAA-ABREU E LIMA		
Saldo		189,43C
-----05/01/2018-----		
Tarifa Pacote de Servicos 129113		12,480
Tarifa referente a 05/01/2018		
Saldo		177,83C
-----15/01/2018-----		
Recebimento de Proventos 138264		3.050,60C
COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA		
Recebimento de Proventos 138538		820,77C
COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA		
Saque no TAA 999999		2.000,000
15/01 18:16 SAA-IGARASSU		
Transferencia enviada 010925		500,000
15/01 1363 10925-8 CICERO JOSE DE		
Transferencia enviada 011197		300,000
15/01 2039 11197-X A BARBOSA ANDR		
Saldo		1.248,48C
-----16/01/2018-----		
Saque no TAA 999999		1.248,480
16/01 12:00 SAA-PEDRAS DE FOGO		
S A L D O		8,46C

Juros \* 0,00  
Data de Debito de Juros 01/02/2018  
IOF \* 0,00  
Data de Debito de IOF 01/02/2018  
(\*)Apurados de acordo com o somatorio dos saldos  
devedores diarios no mes anterior ao debito.

O SEU CARTAO JA ESTA' DISPONIVEL EM SUA AGENCIA.

Leia no verso como conservar este documento.  
entre outras informaçoes.

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 048ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALIANÇA - DP48ª CIRC DINTER1/11º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0138001185

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/12/2017 às 13:49

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 14/12/2017  
às 18:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE ALIANCA, 01, PE62 - Bairro: CENTRO - ALIANCA/PERNAMBUCO/BRASIL -  
Ponto de Referência: DEPOIS DA OFICINA DE CHICO DOIDO/EUCALIPTOS  
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

RIVALDO ALVES DE FRANÇA (AUTOR/AGENTE)  
CICERO JOSE DE LIMA (OUTRO)  
LUIZ JOSE DA SILVA (OUTRO)  
FFS LOCACOES DE CAMINHÕES LTDA EPP (OUTRO)  
WERMESON CLEBERSON DE LIMA (VITIMA)

ARUANA SEGUROS  
29 MAR 2018

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): WERMESON CLEBERSON DE LIMA  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): RIVALDO ALVES DE FRANÇA

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

WERMESON CLEBERSON DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: MARINALVA GOMES DE MOURA Pai: CICERO JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 16/8/1987 Naturalidade: CARuaru/ PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7732118/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIA(O/A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Endereço Residencial: MUNICIPIO DE GOIANA, 01, ENGENHO COQUEIRO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO /BRASIL

RIVALDO ALVES DE FRANÇA (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: MARIA JOSE ALVES DE FRANÇA Pai: ANTONIO LUIZ DE FRANÇA Data de Nascimento: 30/8/1972 Naturalidade: NÃO INFORMADO/ PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: RUA MANOEL CORTE REAL, - CEP: 55000-000 - Bairro: ENGENHO DO MEIO - RECIFE/ PERNAMBUCO/ BRASIL Endereço Comercial: BAIRRO DE MURIBECA DOS GUARARAPES (BAIRRO), 1532, TRANSPORTADORA FERREIRA LOG - BR101 - CEP: 55000-000 - Bairro: MURIBECA DOS GUARARAPES - JABOATAO DOS GUARARAPES/ PERNAMBUCO/ BRASIL

CICERO JOSE DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: MARIA JOSE DE LIMA Pai: JOSE FRANCISCO DE LIMA Data de Nascimento: 20/7/1966 Naturalidade: GAMELEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3043847/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIA(O/A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: ADMINISTRADOR(A) Telefones Celulares: -81999736422

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE VICENCA, 0, ENGENHO MULATA - ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VICENCA/ PERNAMBUCO/ BRASIL

LUIZ JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: RUA NEGROMONTE, 32 - CEP: 55000-000 - Bairro: FUNDÃO - RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL

FFS LOCAÇÕES DE CAMINHÕES LTDA EPP - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -  
Endereço Comercial: TRAVESSA SANTA FLORA, 1407, LT05J 003 - CEP: 55000-000 - Bairro: PRAZERES - JABOATÃO DOS  
GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LUIZ JOSE DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): WERMESON  
CLEBERSON DE LIMA

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/RENAULT/SANDERO Objeto apreendido: Não  
Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KJV7656 (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: 979887665 Chassi: 93YBSR0RH9J100709  
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2009 Combustível: ALCO/GASOL  
Descrição: RENAULT/SANDERO AUT1016V

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FFS LOCAÇÕES DE CAMINHÕES LTDA EPP, que estava em posse do(a) Sr(a):  
RIVALDO ALVES DE FRANÇA

Categoria/Marca/Modelo: CAMINHAO/M.BENZ/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: FFN5106 (PERNAMBUCO/JABOATÃO DOS GUARARAPES) Renavam: 568432088 Chassi: 9BM979023DS016841  
Combustível: DIESEL  
Descrição: M.BENZ/ACCEL 0815

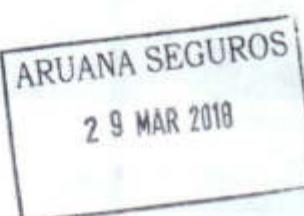
### Complemento / Observação

ESTEVE HOJE NESTA DEPOL O SR. CICERO JOSE, PAI DA VÍTIMA DESSA COCRÉCIA, COMUNICANDO QUE NA DATA CITADA O  
FILHO DELE HAVIA SOFRIDO UM ACIDENTE AUTOMÓVEL E QUE ELE, NOTICIANTE, COMPARCEU AO LOCAL. DISSE AINDA QUE  
CONVERSOU COM MOTORISTA DO CAMINHÃO ENVIADO QUE ERA CONDUZIDO PELO SR. RIVALDO, E QUE O MESMO TERIA  
LHE DITO QUE FOI FAZER UMA ULTRAPASSAGEM E COLIDIU COM O OUTRO VEÍCULO CONDUZIDO PELA PESSOA DE  
WERMESON. NOS RELATOU TAMBÉM QUE UMA EQUIPE DA POLICIA MILITAR ESTEVE NO LOCAL E REGISTROU O FATO SOB O BO  
Nº4421/2017 O QUAL NOS FOI ENTREGUE A POSTERIORME PELOS POLICIAIS MILITARES. RELATOU TAMBÉM QUE A VÍTIMA FOI  
SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU AO HOSPITAL LOCAL, MAS QUE NÃO FICOU NESTA UNIDADE SENDO LEVADO AO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE ENCONTROU-SE INTERNADO. DIANTE DOS FATOS REGISTRO A OCORRÊNCIA. SEM MAIS,  
ENCERRO O PRESENTE.

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

  
CICERO JOSE DE LIMA  
(OUTRO)

B.O. registrado por: ANDRE JOSE TRAJANO DO NASCIMENTO - Matrícula: 272745-5



F. SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1.ª Via

Série-A  
1ª Parte

9421/17

Transcrição do Registro (Papel)	Unidade Operacional	Comunicação	480	Data do Registro	14/12/17	Hora do Registro	20:30	Nº da Peleja / Total de Fichas	01 /			
	Descrição da Natura				Aviso de execução do CIOGS							
	ACIDENTE DE TRÂNSITO C/VITIMA N/FATAL				N							
	Data (dd / mm / ano)	Hora (hh:mm)	Automa Conhecida	Conhecida	Colpo(s)	Doloso	Flagrante					
	14/12/17	18:00	Automa Desconhecida	Tentado	Doloso		Alto Intencional					
	Circunscritão do Peleja	Local: Principais	CE 62									
	Legradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	CEP						Rúbrica				
	Complemento (Apto, Bloco, Andar)	Bairro	Rural					CEP				
	Município	ALIANÇA	Av. 5 A Oficina de Chico Doido									
	VITIMA	<input checked="" type="checkbox"/>	IMPUTADO	<input type="checkbox"/>	SUSPEITO	<input type="checkbox"/>	TESTEMUNHA	<input type="checkbox"/>	OUTROS	<input type="checkbox"/>	TURISTA	<input type="checkbox"/>
Nome / Razão Social:												
WERMESON CLEBERSON DE LIMA												
Pai: Cícero José de Lima												
Mãe: Marinalva Gomes de Lima												
Apelido, Nome Fantasia				Sexo	<input type="checkbox"/> M	Estado Civil	1. Solteiro(a)	3. Viúvo(a)	5. Amasado(a)	7. Não informado		
16/08/1987 3014				<input type="checkbox"/> F			2. Casado(a)	4. Divorciado(a)	6. Separado(a)			
Data de Nascimento:				CPF		CNPJ		Outro-Qual?		Órgão Expedidor		
16/08/1987 3014				7732118		SDS		A		Naturais		
Legradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)									Número		Complemento	
Ciclo de Juventude									Número		Complemento	
Bairro				CEP	Município		Vicência		UF		Telefone / Contato (DD-Número)	
Dados Profissionais/Empresas									UF		Telefone / Contato (DD-Número)	
Legradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)									Número		Complemento	
Bairro				CEP	Município				UF		Telefone / Contato (DD-Número)	
Altura Aparente: 1. Até 1,5m 4. 1,51-1,70m 2. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 3. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m				Peso	1. Até 20 kg	4. 51-80 kg	5. 81-100 kg	6. Acima de 100 kg	Cor da Pele	1. Parda	3. Negra	Bigode
Cabelo - Tono - Cor (Descriver)					2. 21-40 kg	3. 41-60 kg	4. Acima de 100 kg		2. Branca	4. Amarela	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cabelo - Tono - Cor (Descriver)									Tipo de Ciaçan / Local / Formato (Descriver)			
Tipo de Telefone: Celular / Telefone:				Data de Faleto (Descriver)					Dentes (Descriver)			
Dados do Envolvido												
VITIMA <input checked="" type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input type="checkbox"/>												
Nome / Razão Social:												
RIVARDO ALVES DE FRANCA												
Pai: Antônio Luiz de Franca												
29 MAR 2010												
Mãe: Maria José Alves de Franca												
Apelido, Nome Fantasia				Sexo	<input type="checkbox"/> M	Estado Civil	1. Solteiro(a)	3. Viúvo(a)	5. Amasado(a)	7. Não informado		
30/08/1972 45 A				<input type="checkbox"/> F			2. Casado(a)	4. Divorciado(a)	6. Separado(a)			
Data de Nascimento:				CPF		CNPJ		Outro-Qual?		Órgão Expedidor		
30/08/1972 45 A				4476613		SSP		A		Detalhamento		
Legradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)									Número		Complemento	
Bairro				CEP	Município		Recife		UF		Telefone / Contato (DD-Número)	
Dados Profissionais/Empresas									UF		986923762	
Legradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)									Número		Complemento	
Bairro				CEP	Município		Motorista		UF		1532	
Altura Aparente: 1. Até 1,5m 4. 1,51-1,70m 2. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 3. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m				Peso	1. Até 20 kg	4. 51-80 kg	5. 81-100 kg	6. Acima de 100 kg	Cor da Pele	1. Parda	3. Negra	Bigode
Cabelo - Tono - Cor (Descriver)					2. 21-40 kg	3. 41-60 kg	4. Acima de 100 kg		2. Branca	4. Amarela	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cabelo - Tono - Cor (Descriver)									Tipo de Ciaçan / Local / Formato (Descriver)			



ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº 4423/2017

Modus Operandi	Unidade Operacional 2ºBPM	Circunscrição: 48ª ALIANÇA	Data Reg 16.12.17	Hora Reg Nº da fl / Total de fls 20.30 02/02																																										
	Forma de Aproximação?	Forma de Ação da Abordagem?																																												
	Local de Entrada?	Forma de Entrada?																																												
	Alterações no Local?	Forma de Evasão?																																												
Crimes Sexuais?	Estelionato?																																													
Objetos Envolvidos	Envolvido Quantidade	Tipo de Objeto Valor	Marca/Modelo Moeda	Número de Série																																										
	Qual o motivo do registro do objeto?			Objeto Apreendido?																																										
	Envolvido Quantidade	Tipo de Objeto Valor	Marca/Modelo Moeda	Número de Série																																										
	Qual o motivo do registro do objeto?			Objeto Apreendido?																																										
Dados dos Veículos	Envolvido Quantidade	Marca/Modelo Chassi	Cor PRATA Placa FJU 7656	Ano 2008 Renavam																																										
	Qual o motivo do registro do objeto?			Veículo Apreendido? NÃO																																										
	Envolvido Quantidade	Marca/Modelo Chassi	Cor PRATA Placa FEN 5106	Ano Renavam																																										
	Qual o motivo do registro do objeto?			Veículo Apreendido? NÃO																																										
Envolvido Quantidade	Marca/Modelo Chassi	Cor	Ano Renavam																																											
Qual o motivo do registro do veículo?			Veículo Apreendido?																																											
<p>QUANDO FAZÍAMOS RUNDAS NOS DISTRITOS DESTA CIDADE, AO RETORNAR NOS DEPARAMOS COM UM ACIDENTE DE TRANSITO NA RUE 262 O ENROLVADO 02 FESTOU ULTRA PASSAR E COLIDIU COM O VEÍCULO DO ENROLVADO 01. A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O MR E SEU VEÍCULO BASTANTE DANIFICADO. O MEDICO DE PLANTÃO DESTA CIDADE NISSE QUE O MÊMOS NÃO CORRE RISCO DE MORRER.</p> <p>EFETIVO: SGT SOTERNAU 1026032 CB RICARDO 920315-7 6ºC 01/01/01 10998-4</p>																																														
<p>Exames Periciais : S. Solicitado R. Realizado</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo do exame</th> <th>Envolvido</th> <th>Tipo do exame</th> <th>Envolvido</th> <th>Tipo do exame</th> <th>Envolvido</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Condutor</td> <td>Recebedor</td> <td></td> <td>Matrícula</td> <td>Viatura</td> <td>Unidade</td> </tr> <tr> <td>Responsável pelo Preenchimento</td> <td></td> <td>Interessado(a)</td> <td></td> <td>11321</td> <td>2ºBPM/3ºCPM</td> </tr> <tr> <td>Matrícula Nº 10463-2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Responsável pela Validação</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ass: Soternau</td> <td></td> <td>Ass:</td> <td></td> <td>Matrícula Nº 272745-5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nome: RICARDO SOTERNAU</td> <td></td> <td>Nome:</td> <td></td> <td>Ass: Oly</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Nome: TRASANDO</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Tipo do exame	Envolvido	Tipo do exame	Envolvido	Tipo do exame	Envolvido	Condutor	Recebedor		Matrícula	Viatura	Unidade	Responsável pelo Preenchimento		Interessado(a)		11321	2ºBPM/3ºCPM	Matrícula Nº 10463-2				Responsável pela Validação		Ass: Soternau		Ass:		Matrícula Nº 272745-5		Nome: RICARDO SOTERNAU		Nome:		Ass: Oly						Nome: TRASANDO	
Tipo do exame	Envolvido	Tipo do exame	Envolvido	Tipo do exame	Envolvido																																									
Condutor	Recebedor		Matrícula	Viatura	Unidade																																									
Responsável pelo Preenchimento		Interessado(a)		11321	2ºBPM/3ºCPM																																									
Matrícula Nº 10463-2				Responsável pela Validação																																										
Ass: Soternau		Ass:		Matrícula Nº 272745-5																																										
Nome: RICARDO SOTERNAU		Nome:		Ass: Oly																																										
				Nome: TRASANDO																																										

ARUANA SEGUROS  
29 MAR 2018



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204 ou 0800-0221205 (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

Wermeson Eleberson de Lima

CPF da Vítima

076.038.054-65

Data do Acidente

14.12.17

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

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 atende 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 future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018

Goiânia 19 de março de 2018

Lugar e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal