

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2014

Carta nº: 5274606

A/C: HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA

Sinistro: 2014802381
Vítima: HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 10/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2014

Carta nº: 5131216

A/C: HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA

Sinistro: 2014802381
Vitima: HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 10/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

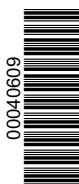
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



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

Sinistro: 2014802381 - 1

Nome do(a) Examinado(a): HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA ELIAS FELIPE nº 191 - CENTRO - ALTINHO/PE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 6598802 - SSP

Data local do exame: 10/10/2014 RECIFE/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

LUXAÇÃO DA MAO DIREITA E DO PE ESQUERDO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

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

TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA.

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

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

MAO DIREITA SEM SEQUELAS INCAPACITANTES.

PE ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXAO DOS DEDOS DO PE ESQUERDO.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MAO DIREITA.

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

PE ESQUERDO.

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 10/10/2014

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM: 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03211-5

CONTA: 000000520273-6

Nr. Autenticação

BRADESCO17102014050000000002370321100000520273168750 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014802381 **Cidade:** Agrestina
Vítima: HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 10/04/2014
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DA MAO DIREITA E DO PE ESQUERDO.

Descrição do exame MAO DIREITA SEM SEQUELAS INCAPACITANTES.

médico pericial: PE ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXAO DOS DEDOS DO PE ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/10/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

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 % | Complemento por reanálise - 0% | 0 % | R\$ 0,00 |
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 % | Em grau leve - 25% | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014802381 **Cidade:** Agrestina
Vítima: HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 10/04/2014
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em segmento corporal do MSD

Resultados terapêuticos: Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



-0006-



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE MISTA DO ALTINHO

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE PACIENTES

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

LEITO:

| 1 - Identificação do Paciente: | | Data: 10/04/14 | Hora: 18:51 Hs. | |
|--|----------|-----------------------|-----------------|------------|
| Nome: Helio Lacerda de Oliveira | | | | |
| Nº do Cartão do SUS: | | | | |
| Endereço: Rua das casas | | | | |
| Data de Nascimento: 23/01/79 | | Naturalidade: Altinho | | |
| Nome da Mãe: Maria Tonete da Silva | | | | |
| 2 - Exame Físico e SSVV: | | | | |
| Queixa Principal: | | | | |
| SSVV | Admissão | 1º Horário | 2º Horário | 3º Horário |
| Temperatura | | | | |
| Respiração | | | | |
| Pulso | | | | |
| Pressão Arterial | | | | |
| 3 - Hipótese Diagnóstica e/ou Diagnóstico: Vítima de acidente de moto, queixa de dor no lado esquerdo. | | | | |
| Ex.: Edema, t+1/4 cm intubado D. P.P., movimento comprometido. | | | | |
| Queremos a descrição de pés desg. | | | | |
| 4 - Conduta Médica: Belo, torácico, AII/II: NDN; Abdome: livre | | | | |
| Glasgow 15. | | | | |
| 5 - Prescrição Médica: Voltaren 0,01% c/amp Cetilix Sutum | | | | |
| 6 - Conduta de Enfermagem: Dex intubado desg. | | | | |


 Téc. Enfermagem
 Centro de Saúde
 TEC. ENFERMAGEM
 CÓD. 639 867
 CENTAURUS
 VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.
 19 SET. 2014
 UNIDADE RIO DE JANEIRO
 PROTOCOLO P/ANALISE

| | |
|--|---|
| Karla Tatiane Recepção | Enfermeiro (a) |
| Motivo da Alta: () Melhorado; () Médica; | Medico (a) Assinatura TÉCNICO ENFERMAGEM MEDICO NPE 20018 |



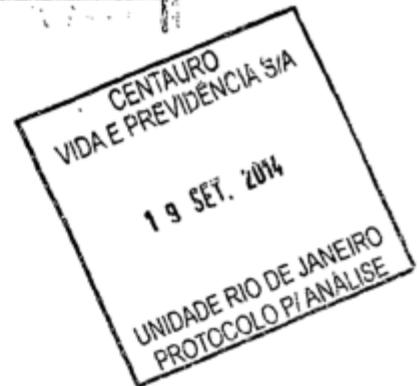
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

| | |
|---|----------------|
| NAME | |
| HELIOS CORDEIRO DE OLIVEIRA | |
| DOC. GENTILHOR/DOC. EMISSOR/UF | |
| 6598802 BDR PE * | |
| CPF | 040.038.684-47 |
| NASCIMENTO | 23/01/1979 |
| PÁGINA | |
| PAULO CORDEIRO DE OLIVEIRA MARIA TORREN DA SILVA | |
| PERMISSÃO ACC CAF HAB AB | |
| Nº REGISTRO | VALIDADE |
| 04823947675 | 14/05/2014 |
| Nº HABILITAÇÃO | |
| 28/11/2009 | |
| OBSERVAÇÕES | |
| SEM OBSERVAÇÕES | |
| LOCAL | |
| CARIRU - PE | |
| ASSINATURA DO VERSADOR | |
| DATA EMISSÃO | |
| 17/03/2011 | |
| ANOTAÇÃO DE FOLHA | |
| 02960360016 PE040144052 | |

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

406971869





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Hélio Ladeiro de Oliveira,

RG nº 6598802, data de expedição / / , Órgão SDS/PE,

CPF nº 040.038.684-47, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Elias Felipe</u> |
| Número | <u>193</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Ventre</u> |
| Cidade | <u>Altinho</u> |
| Estado | <u>PE</u> |
| CEP | |
| Telefone de Contato | <u>81- 3496-4486</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 08 de Maio de 2014

Assinatura do Declarante: Hélio Ladeiro de Oliveira



Seguros
Financeiros

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA:

103864423 Março / 2014

SILVANEIDE CECILIA DO NASCIMENTO
R ELIAS FELIPE, N. 00191 - CENTRO ALTINH
O PE 55490-000

| INSCRIÇÃO | GRUPO | QUANTIDADE DE ECONOMIAS | |
|----------------------|------------|--|-----------------|
| 008.100.230.0056.000 | 2 | RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO | |
| ROTA | HIDRÔMETRO | SITUAÇÃO ÁGUA | SITUAÇÃO ESGOTO |
| 12 | A12B306010 | LIGADO | POTENCIAL |

LEIT ATUAL INF: 73 DATA LEITURA ANT: 21/02/2014
LEIT. ATUAL FAT: 73 DATA LEITURA ATUAL: 24/03/2014
LEIT. ANT: 66 DIAS CONSUMO: 31
CONSUMO (m³): 7

HISTÓRICO DE CONSUMO OPÇÃO PELO DEB. AUTOMÁTICO: 103864423

| REFERENCIA CONS | QUANTIDADE DA ÁGUA | | |
|-----------------|--------------------|--------|------------|
| PARAMETROS | UNIDADE | PADRAO | VL. OBTIDO |
| 02/2014 | 05 | 100L | 70,2 |
| 01/2014 | 05 | 100L | 75 |
| 12/2013 | 05 | 100L | 75 |
| 11/2013 | 05 | 100L | 75 |
| 10/2013 | 04 | 100L | 75 |
| 09/2013 | 04 | 100L | 75 |
| MÉDIA | 04 | 100L | 75 |

Reclame de vazamento de água
e extravasamento de esgoto ligue
para o número 0800 081 0185.

| DESCRICAÇÃO | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|---------------------------------|---------|------------|
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | | |
| CONSUMO DE ÁGUA | 7 M3 | 27,98 |
| MULTA P/ IMPONTUALIDADE 02/2014 | 0,55 | 0,55 |
| JUROS DE HORA 12/2013 | 0,28 | 0,28 |

VENCIMENTO: 11/04/2014

TOTAL A PAGAR:

28,81

MENSAGEM:

NÚMERO CLIENTE





DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML

EU, Hélio Lacerda de Oliveira portador do RG: **65988025051PE**
inscrito no CPF/MF sob o nº **040.038.684-47**, residente e
domiciliado na Rua Elias Felipe, centro Nº **191**,

Cidade: Altinópolis Estado: **PE**, declaro sob as penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar laudo do Instituto Médico Legal – IML para os
fins de requerimento de indenizações do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez
que:

- Não há estabelecimento do IML no Município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre solicito que esta declaração permita o prosseguimento e análise da minha documentação sem apresentação de laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já em me submeter a perícia médica as custas da Seguradora Lider DPVAT para correta avaliação da existência e aferição de grau da lesão, ou lesões, para fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Hélio Lacerda de Oliveira
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Ribeirão Preto, 08 de maio de 2014
Local e data





0001*

Boletim de Ocorrência

http://www.infogov.mt.gov.br/CEPocorrencia.html



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 096A. CIRCUNSCRICAO -
AGRESTINA**

BOLETIM DE OCORRENCIA N° 14E0186000312

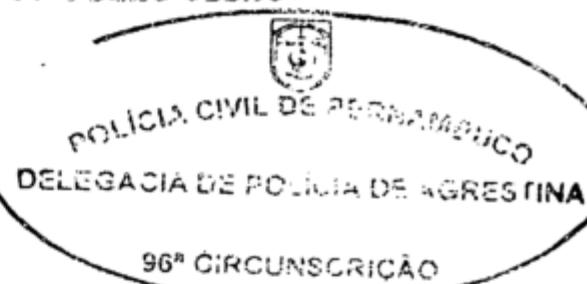
Ocorrência registrada neste unidade policial no dia **05/05/2014** às
15:18

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culpado (Consumado)
que aconteceu no dia **10/4/2014** às **18:10**

Fato ocorrido na endereço: **MUNICIPIO DE AGRESTINA, 89, RODOVIA PE 949, ZONA RURAL, AGRESTINA-PE - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL - Porte da Veicular: FERRO VELHO PROXIMO A PONTE sobre a Rodoaria Estadual**

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO / AUTOR / AGENTE /
ELIANE DE SOUZA DA SILVA (TESTEMUNHA)
FERNANDO AMARO ALVES (TESTEMUNHA)
GIAUDIO GOMES DE OLIVEIRA RAIMOS (TESTEMUNHA)
HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA (VITIMA)**



Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEICULOS (Outros motos) , que estava em posse do(s) Sra(s) HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA

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

**HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
MARIA TORRES DA SILVA FILHO PAULO CORDEIRO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 23/1/1979 (Naturalidade: ALTIMO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 048003883447 (CPF), 04823047675 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: 21.
GRAU COMPLETO Profissão: AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS Telefone Fixo:
- 8137384186
Residência: Centro
- 8106663823**

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ALTIMO, , RUA ELIAS FELIPE, 191, CENTRO, ALTIMO-PE - CEP: 55465000 - Bairro: - ALTIMO/PERNAMBUCO/BRASIL - Unidade: PIANO/PIANISE DO JUIZ

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

**FERNANDO AMARO ALVES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: 07/1/1980 (Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Profissão:
AGRICULTOR(A)**

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ALTIMO, , RUA ELIAS FELIPE, 179, CENTRO,

Relatório de Ocorrência

Referência: 05.15.2014-16:12 | Emissor: b601

ALTINHO-PE - CEP: 56480000 - Bairro: - ALTINHO PERNAMBUCO/BRASIL, ANTIGA RUA DO JUIZ

**GLAUCIO GIORGIO DE OLIVEIRA RAMOS (não presente no plantão) - Sócrates Henriquez Diaz da Silva (não é Sócio) NOME: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL FONHOMO FUNCIONARIO PUBLICO ESTADUAL
Endereço: Rua das Flores, 2 - MUNICIPIO DE ALTINHO, - AV. JOÃO GASSIANO, S/N, CENTRO, ALTINHO-PE - CEP: 56480000 - Bairro: - ALTINHO PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO FORUM**

SILVANEIDE CECILIA DO NASCIMENTO (não presente no plantão) - Sócrates Henriquez Diaz da Silva: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO / BRASIL Endereço: Rua das Flores, 2 - MUNICIPIO DE ALTINHO, - CEP: - Bairro: - ALTINHO PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) da propriedade do(a) Sócrates SILVANEIDE CECILIA DO NASCIMENTO, que estava em posse do(a) Sócrates HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA (Proprietário/Responsável). MOTOCICLETA YAMAHA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO COR PRETA - Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGT2064 (PERNAMBUCO/ALTIMO) | Renavam: 647006002 | Chassi: DCEK0000E0009323
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2014 Combustível: ALCO/GASOL
Descrição: YAMAHA 150 FAZER ED

Complemento / Observação

INFORMOU A VITIMA QUE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA RODOVIA PE - 148, NO SENTIDO AGRESTINA - ALTINHO, QUE A SUA FRENTES SEGUIRA UM VEICULO (QUE A VITIMA NÃO SOUBE INFORMAR O MODELO); QUANDO AO APROXIMAR-SE DA PONTE PRÓXIMA AO FERRO VELHO UM ANIMAL (BOI) ATRAVESSOU A RODOVIA, QUE O CONDUTOR DO VEICULO A SUA FRENTES CONSEGUIU DESVIAR DO ANIMAL, MAS A VITIMA NÃO CONSEGUIU DESVIAR DO ANIMAL E FATEU COM A MOTOCICLETA NELE, QUE A VITIMA DESMAIOU NO LOCAL E FOI SOCORRIDA PELO PROPRIETÁRIO DO FERRO VELHO PARA O HOSPITAL NA CIDADE DE ALTINHO, EM SEGUIDA A VITIMA FOI ENCAMINHADA PARA A UPA (UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO) NA CIDADE DE CARUARU, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO EXCERPO O PRESENTE.

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

HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA Filho testemunha de
(VITIMA)

B.C. registrado por: RAIMUNDO VIEIRRA DE MENDONÇA Matrícula: 330023





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorizado ao pagamento

Nº DO SINISTRO 610 784

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Helio Cordeiro de Oliveira,PORTADOR(A) DO RG N° 659 8802 EXPEDIDO POR SDS/PE EM / / ECPF 040038684-47 /CNPJ PROFISSÃO E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Helio Cordeiro de Oliveira. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 237 AGÊNCIA 3011-5 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 52.02.73-6

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

*Centaurio
Evidencia S/A
19 SET. 2014*

LOCAL CaruaruDATA 02/09/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Helio Cordeiro de Oliveira

*UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO PI ANÁLISE*

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Comprovante de Transação Bancária

Transferências Entre Contas Bradesco

Data: 08/09/2014

Nº de controle: 263.548.890.190.50 | Documento: 3211897

Internet Banking

Conta de débito: Agência: 289 | Conta: 1019908-5 | Tipo: Conta-Poupança

Nome: MAISA TOSTA PINHO

Conta de crédito: Agência: 3211 | Conta: 520273-6 | Tipo: Conta-Corrente

Nome do favorecido: HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2,00

Data de débito: 08/09/2014 - 15:42

Descrição: GS

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Internet Banking e está sujeita a análise. O crédito será efetuado em instantes.

Autenticação

```
WhCLvHMS fqq4xe?H CGZXcr5g J2gg8WA? +||?RP6pv olepxGZ# T4L+FP#5 wWPvI6Qj
#EHzixSF YkjoBcFg JVnvpYn cAyQG6aN oTge?lyH bs?MHdXK mKAzVIuI Vp+FMMXQ
PPOKIWIq wWUAPXp3 Hr4lwIta b9gdmc1? WUd23cgH 6gIJLQJ9 98801113 70208945
```

Fone Fácil Bradesco

Capitais e Regiões Metropolitanas 4002 0022
 Demais Regiões 0800 570 0022

Consulta de saldo, extrato, transações financeiras e de cartão de crédito.
 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

SAC - Alô Bradesco
0800 704 8383SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala
0800 722 0099Cancelamento, reclamação, informação, sugestão e elogio.
 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria 0800 727 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira das 8h às 18h, exceto feriados.

Demais telefones consulte o site Fale Conosco





Código: 610784

Aviso de Sinistro DPVAT

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

| | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo | | Placa PGT-2064/PE | |
| Nome da Vítima HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA | | Natureza 2 - INVALIDEZ | |
| Tipo Sinistrado 3 - Motorista | Data Nascimento 23/01/1979 | Tipo de CPF 0 - Possui CPF | CPF da Vítima 040.038.684-47 Data Ocorrência 10/04/2014 |

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

() Certidão Nº 14E0186000312 da autoridade policial sobre a ocorrência;

() DUT Nº _____ () _____ () _____

() RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários

| Nome | Tipo Benef. | Vínculo | Dt.Nasc. | CEP | CPF/CNPJ |
|----------------------------|-------------|---------|------------|-----------|----------------|
| HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA | Vítima | VITIMA | 23/01/1979 | 55490-000 | 040.038.684-47 |

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X). Observações.:

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____

Data ____/____/____

Local da Entrega _____

Data ____/____/____

Beneficiário

Centauro Vida e Previdência S/A

VIDAE PREVIDÊNCIA S/A
19 SET. 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO
APRESENTAÇÃO DE TODOS
PRUEBAS PI ANALISE

Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41 , 4º ANDAR - SALAS 401/402
Centro – Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br
RIO DE JANEIRO - RJ



Seguros para viver

Registro de Sinistro



DP.: 111

Processo: 0000/610784

Código: 610784

| | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|----------------------------------|-----------|---------------------------------|--|
| Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO | | Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE | | | Sub-Parceiro GS SEGUROS 2 | |
| BO Nº 14E0186000312 | Data BO 05/05/2014 | DELEGACIA DP 096A | | | | |
| Placa PGT-2064/PE | Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo | | | | IML | |
| Nome da Vítima HELIOS CORDEIRO DE OLIVEIRA | | | Tipo Sinistrado 3 - Motorista | | Natureza 2 - INVALIDEZ | |
| Sexo Sinistrado MASCULINO | Data Nascimento 23/01/1979 | Tipo de CPF 0 - Possui CPF | | | CPF da Vitima 040.038.684-47 | Data Ocorrência / Hora 10/04/2014 / |
| Cidade ALTINHO | | UF PE | CEP 55490-000 | Telefones | | |
| Email atendimento@salek.com.br | | | | | | |
| Qtde.Benef. | Data Óbito | Médico GUILHERME | | | | Valor(INVALIDEZ) |

Beneficiários

| Nome CEP Profissão | Endereço | Tipo Benef. Complemento | Vínculo Renda | Bairro | Dt.Nasc. | CPF/CNPJ |
|---|----------|----------------------------|------------------|--------|------------|---------------------------------|
| | | | | | | Cidade UF |
| HELIOS CORDEIRO DE OLIVEIRA 55490-000 RUA ELIAS FELIPE 191 RECUSOU INFORMAR | Vítima | VITIMA RECUSOU INFORMAR | | CENTRO | 23/01/1979 | 040.038.684-47 ALTINHO PE |
| Banco: 237 Banco Bradesco S.A. Ag.: 3211-5 C/C 520237-6 | | | | | | |

Histórico

| Data | Usuário | Situação |
|--|--------------|---|
| 20/05/2014 10:51:31 | MSA LAIS | Pré-Cadastro não analisado |
| 23/05/2014 15:00:10 | MSA MARINA | Pré-Cadastro com restrições |
| Detalhes das restrições | | |
| FAVOR ENVIAR COMPROVANTE BANCARIO - LEMBRANDO QUE NÃO É ACEITO PROPOSTA DE ABERTURA DE CONTA-, E FICHA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO | | |
| 11/09/2014 18:31:25 | MSA ANDRESSA | Documentação complementar recebida na Unidade |
| 15/09/2014 10:05:13 | MSA GABRIELA | Pré-Cadastro analisado e aprovado |



Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41 , 4º ANDAR - SALAS 401/402 Centro – Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 610784 e a data de nascimento 23/01/1979 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!

