

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 início 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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 complicação.

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(*)

☐ Vitima 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)

MAO DIREITA.

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

PE ESQUERDO.

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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

BRADESCO1710201405000000000023703211000000520273168750 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014802381 **Cidade:** Agrestina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 10/04/2014 **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

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 **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 10/04/2014 **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:





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 Cordeiro de Oliveira
Nº do Cartão do SUS: _____
Endereço: Rua Nagai Cassiano
Data de Nascimento: 23/01/79 Naturalidade: Altinho
Nome da Mãe: Maria Gomes 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:

Vitima do acidente de moto, lesão de dor no ASD e MEG.
Ex. edem. +/+ em intermédio D. PP, movimento conservado.
Quadril em dor de pé ag.

4 - Conduta Médica:

Glasgow 15

Bela, Explicado, AR/AV: NDN; abdome: livre.

5 - Prescrição Médica:

Voltar a cam. @
curativo
Sutur

Santo
19:30

6 - Conduta de Enfermagem:

Px intermédio ag.



<u>Karla Tarciana</u> Recepcionista	<u>[Assinatura]</u> Tec. Enfermagem
<u>[Assinatura]</u> Enfermeiro (a)	<u>[Assinatura]</u> Médico (a)
Motivo da Alta: () Melhorado; () Médica;	<u>[Assinatura]</u> Enfermeiro MÉDICO MPE 20018

VALIDA 31 MAR 2000

406971869

REINFORCED PLASTIC

406971869

CENTAURO
VIDA E PREVIDENCIA S/A
19 SET. 2004
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ ANALISE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Helio Londero 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>353</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Altinho</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>81- 3426-4486</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife 08 de Maio de 2014

Assinatura do Declarante: Helio Londero de Oliveira



Seguros
Financiamentos

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	
12		A12B306010		LIGADO	
				SITUAÇÃO ESGOTO	
				POTENCIAL	
LEIT. ATUAL INF:		73		DATA LEITURA ANT:	
LEIT. ATUAL FAT:		73		DATA LEITURA ATUAL:	
LEIT. ANT:		66		DIAS CONSUMO:	
CONSUMO (m3):		7		31	
HISTÓRICO DE CONSUMO OPERAÇÃO PELO DEB. AUTOMÁTICO: 103864423					
REFERENCIA CONS		QUANTIDADE DA ÁGUA			
02/2014 05		PARAMETROS UNIDADE PADRAO VL. OBTIDO			
01/2014 05		T-1 m³/L 140,2			
12/2013 05		T-2 m³/L 145			
11/2013 05					
10/2013 04		Reclamação de vazamento de água e extravasamento de esgoto ligue para o número 0800 081 0185			
09/2013 04					
MÉDIA 04					
DESCRIÇÃO		CONSUMO		TOTAL(R\$)	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)					
CONSUMO DE ÁGUA		7 M3		27,98	
Multa P/IMPONTUALIDADE 02/2014				0,55	
JUROS DE HORA 12/2013				0,28	
VENCIMENTO: 11/04/2014		TOTAL A PAGAR		28,81	

MENSAGEM:

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
19 SET. 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANÁLISE

DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML

EU, Helio Lordeiro de Oliveira portador do RG: 6598802 SDS/PE
inscrito no CPF/MF sob o nº 040.038.684.47 residente te e
domiciliado na Rua Elias Felipe, centro Nº 191,
Cidade: Altus 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:

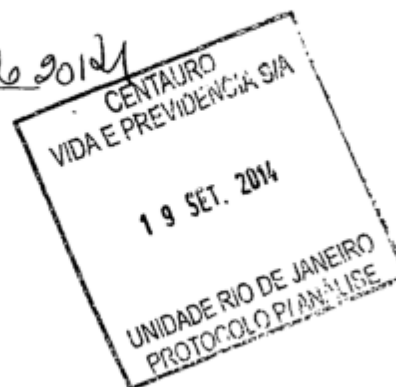
- () Não há estabelecimento do IML no Município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
perícias com prazo superior 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 Líder 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.

De claro 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.

Helio Lordeiro de Oliveira
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Rio de Janeiro, 08 de maio de 2014
Local e data





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 96ª CIRCUNSCRICAO -
AGRESTINA**

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº. 14E0186000312

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE AGRESTINA, 89, RODOVIA PE
149, ZONA RURAL, AGRESTINA-PE - Bairro: CENTRO -
AGRESTINA/PERNAMBUCO-BRASIL - Ponto de Referência: FERRO VELHO
PROXIMO A PONTE
Linha de Fato: RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
ELIANE DE CECILIA DO NASCIMENTO (OUTRO)
FERNANDO AMARO ALVES (TESTEMUNHA)
CLAUDIO GIORGIO DE OLIVEIRA RAMOS (TESTEMUNHA)
HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): HELIO
CORDEIRO DE OLIVEIRA**

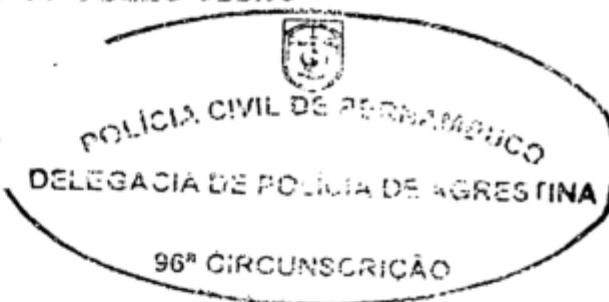
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de
Nascimento: 23/1/1978 Nacionalidade: ALTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL Identificação: 66882915-5-PE
(RG) 04803883447 (CPF). 04823347675 (CNPJ) Estado Civil: CASADO(A) Grau de Parentesco: 2º.
GRAU COMPLETO Profissão: AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS Telefone: Fixo:
- 8137384186
Telefones Celulares:
- 8106603823**

Endereço Residência: **MUNICIPIO DE ALTINHO, , RUA ELIAS FELIPE, 191, CENTRO
ALTINHO-PE - CEP: 55455820 - Bairro: - ALTINHO, PERNAMBUCO, BRASIL - Antiga Rua
do Juiz**

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

**FERNANDO AMARO ALVES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de
Nascimento: 07/01/1972 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Profissão:
AGRICULTOR(A)
Endereço Residência: **MUNICIPIO DE ALTINHO, , RUA ELIAS FELIPE, 179, CENTRO,****



ALTINHO-PE - CEP: 55400000 - Bairro: - ALTINHO PERNAMBUCO/BRASIL, ANTIGA RUA DO JUIZ

GLAUCIO GORGIO DE OLIVEIRA RAMOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: 05/01/1966 Estado: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL Função: FUNCIONARIO PUBLICO ESTADUAL Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ALTINHO, , AV. JOÃO CASSIANO, S/N, CENTRO, ALTINHO-PE - CEP: 55400000 - Bairro: - ALTINHO PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO FORUM

SILVANEIDE CECILIA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nacionalidade: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ALTINHO, - CEP: - Bairro: - ALTINHO PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SILVANEIDE CECILIA DO NASCIMENTO, que estava em posse do(a) Sr(a): HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA (Qualificação do proprietário: MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGT2064 (PERNAMBUCO/ALTINHO) Registro: 58T006082 Chassi: 068RG000000009328 Ano Fabricação/Modelo: 2012/2014 Combustível: ALCO/GASOL Descrição: YAMAHA / YS 150 FAZER ED

Complemento / Observação

INFORMOU A VITIMA QUE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA RODOVIA PE - 146, NO SENTIDO AGRESTINA - ALTINHO, QUE A SUA FRENTE SEGUIA UM VEICULO (QUE A VITIMA NÃO SOUBE INFORMAR O MODELO) QUANDO AO APROXIMAR-SE DA PONTE PROXIMA AO FERRO VELHO UM ANIMAL (BOI) ATRAVESSOU A RODOVIA, QUE O CONDUTOR DO VEICULO A SUA FRENTE CONSEGUIU DESVIAR DO ANIMAL, MAS A VITIMA NÃO CONSEGUIU DESVIAR DO ANIMAL E BATEU COM A MOTOCICLETA NELE. QUE A VITIMA DESMAIOU NO LOCAL E FOI SOCORRIDA PELO PROPRIETARIO 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 DISSO DE REGISTRO EXCERRO O PRESENTE.

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

HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA (VITIMA)

Helio Cordeiro de Oliveira

S.O. registrado por: RAFAEL DE MENDONÇA

Rafael de Mendonça

Matrícula: 2200

DE JANEIRO

PROTOCOLADO

19 SET. 2014

ANALISE

**POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE AGRESTINA**

9ª CIRCUNSCRIÇÃO



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 Nº 659 8802 EXPEDIDO POR SDS/PE EM / / E
CPF 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);

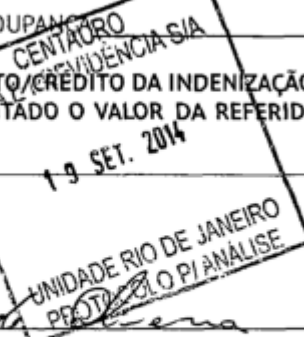
3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO 237 AGÊNCIA 3211-5 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 520273-6
- ☐ 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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Caruaru DATA 02 / 09 / 14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) X Helio Cordeiro de Oliveira



! 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.

GASTUA 20

**Bradesco**

Internet Banking

Comprovante de Transação Bancária

Transferências Entre Contas Bradesco

Data: 08/09/2014

Nº de controle: 263.548.890.190.50 | Documento: 3211897

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 b9gdmql? WUd23cgH 6gIJLQJ9 98801113 70208945

Fone Fácil BradescoCapitais e Regiões Metropolitanas 4002 0022
Demais Regiões 0800 570 0022Consulta de saldo, extrato, transações financeiras e de cartão de crédito.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semanaSAC - 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



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 610784

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 _____

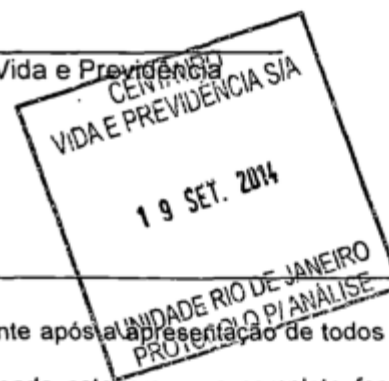
Data ____/____/____

Local da Entrega _____

Data ____/____/____

Beneficiário _____

Centauro Vida e Previdência



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

CENTAURO

vida e previdência

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 HELIO 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 Vítima 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. 1	Data Óbito	Médico GUILHERME			Valor(INVALIDEZ)

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CPF/CNPJ
CEP	Complemento	Bairro	Cidade	UF
Profissão	Renda			
HELIO CORDEIRO DE OLIVEIRA	Vítima	VITIMA	23/01/1979	040.038.684-47
55490-000 RUA ELIAS FELIPE 191		CENTRO	ALTINHO	PE
RECUSOU INFORMAR		RECUSOU INFORMAR		
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!!!!



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 010597945850
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD-RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 537895082 ***** 2014

NOME
SILVANEIDE CECILIA DO NASCIMENTO

ALTINHO-PE 0

CPF/CNPJ PLACA
082.265.124-94 PGT2064

PLACA ANT. UF CHASSI
***** /PE 9C6KG0660E0009323

ESPÉCIE/TIPO COMBUSTÍVEL
FAS /MOTOCICLETA/ ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
YAMAHA/Y3150 FAZER ED 2013 2014

CAP/POT/CIL. CATEGORIA CCR/PREC. DOMINANTE
2E/149CL PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
IPVA 2014 QUITADO 1* *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO COTAS 2* *****
A -1 ***** 3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRA

LOCAL DATA
ALTINHO 07/03/14

Caio Mário Mello Costa Oliveira
Diretor-Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 010597945850 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
SILVANEIDE CECILIA DO NASCIMENTO
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

ALTINHO-PE 0

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2014 07/03/14

VIA CPF/CNPJ PLACA
1 082.265.124-94 PGT2064

RENAVAM MARCA/MODELO
597895082 YAMAHA/Y3150 FAZER ED

ANO FAB. DATA CRI. Nº CHASSI
2013 09 9C6KG0660E0009323

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DEVIATRA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL BILHETE + IOF (R\$)
SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E CUSTO DO BILHETE DPVAT
SIS NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.