

Clinik

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

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

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409;CRM-PB: 9992

Relatório médico

Francinaldo Gonçalves da Silva

Paciente foi vítima de acidente de trânsito por colisão de moto/moto no dia 14/08/2018. Fato ocorrido no município de Serra Talhada-PE, em via pública.

Foi levado ao hospital regional de Serra Talhada (HOSPAM), na qual foi atendido pelo ortopedista e diagnosticado com fratura de costela (arco de costelas direita). Foi medicado e liberado para tratamento ambulatorial.

Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exames físicos-clínico visual, sequelas consequente ao trauma na qual foi observada dor aos pequenos esforços, associado a limitação de movimento da região lombar de mais ou menos 40%

Alta definitiva de todos tratamentos

Atenciosamente

Ricardo Bruno S.S. e Silva

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409;CRM-PB: 9992

Dr. Ricardo Bruno
Médico
CRM-PE: 23409

Serra Talhada, 28 de fevereiro de 2019



0388722/18

CliniK

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

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

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

Relatório médico

Francinaldo Gonçalves da Silva;

Paciente foi vítima de acidente de trânsito por colisão de moto/moto no dia 14/08/2018. Fato ocorrido no município de Serra Talhada- PE, em via pública.

Foi levado ao hospital regional de Serra Talhada (HOSPAM), na qual foi atendido pelo ortopedista e diagnosticado como fratura de costela (arco de costelas direita). Foi medicado e liberado para tratamento ambulatorial.

Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exame físico-clínico visual, sequela consequente ao trauma na qual foi observada dor aos pequenos esforços, associada a limitação de movimento da região lombar de mais ou menos 40%.

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

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

Atenciosamente

Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

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

Dr. Ricardo Bruno

Serra Talhada, 29 de novembro de 2018

EXCELSIOR SEGUROS

29 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 109

Data: 14-03-18	Hora: 18:25
Nome: <u>Francinaldo Gonçalves da Silva</u>	
Nome Social:	Profissão: <u>montador</u>
Nascimento: 05-03-63	Sexo: <u>masculino</u>
Escolaridade:	Estado Civil: <u>casado</u>
Mãe: <u>Ilacice Gonçalves da Silva</u>	Responsável:
Endereço: <u>Rua Nereu de Souza</u>	
Bairro: <u>Centro</u>	Município: <u>Itambé</u>
CEP: <u>55.000-000</u>	Fone: <u>4648-4791</u>
Cartão SUS: <u>1095.0897 5835</u>	RGICPE:
Raça/Cor:	
<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta
<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Amarela
<input type="checkbox"/> Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Exame físico:				Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Transtorno de ansiedade
H. Depressiva

EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2013
SEGURO DE VIDA

Tratamento:

RX de Tórax AP

gelo e pomada e Rastilol 10mg
A. Antalt

Hipótese Diagnóstica:

Ansiedade

Carimbo e Assinatura:

Dr. Eng. de Carvalho
Traumatologia-Ortopedia
05/03/2019 11:05:42

CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	<input checked="" type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs do dia			

Carimbo e Assinatura:

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

Exames Solicitados:


- | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ureia | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Encefalograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:
1) Dexametasona 2g + MDI 7 EV		
2) Voltaren 2127 1M 7 EV	19:10	
Dr. Énio R. de Carvalho Traumatologia CRM 15820		

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VCH


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013727865678
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 615441959 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA

0
SERRA TALHADA-PE

CPF / CNPJ
110.598.384-60

PLACA
KKK4383

PLACA ANT. / UF
***** / PE

CHASSI
9C2HA07103R086807

ESPÉCIE TIPO
PAS / MOTONETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA / C100 BIZ E3

ANO FAB. 2003 ANO MOD. 2003

CAP. / POT. / CIL.
25 / 37 CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
AZUL

COTA ÚNICA
IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****

Faixa I.R.V.A.
1

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
SEGURO PAGO

IDF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

SERRA TALHADA

DATA
26/08/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727865678 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

SERRA TALHADA-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 26/08/18

VIA 1 CPF / CNPJ 110.598.384-60 PLACA KKK4383

RENAVAM 615441959 MARCA / MODELO HONDA / C100 BIZ E3

ANO FAB. 2003 CAT. TIRE. 03 Nº CHASSI 9C2HA07103R086807

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IDF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

EXCELSIOR SEGUROS
26 OUT 2018
SEGURO DPVAT

**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: 3180501768

Nome do(a) Examinado(a): FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOANA NUNES DE SOUZA, 165 -
SERRA TALHADA/PE - CEP 56912-182

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2818303 - SSP-PE

Data e Local do Acidente : 14/08/2018 - SERRA TALHADA

Data e Local do Exame : 06/12/2018 RUA DR ERICK RIBEIRO, 324 - SL 02 -
SALGUEIRO/PE - CEP 56000-000

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE ARCOS COSTAIS À DIREITA

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

REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR. TEVE ALTA NO DIA 29/11/2018

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

LIMITAÇÃO DA COLUNA TORÁCICA, MOVIMENTOS DE FLEXÃO E INCLINAÇÃO DA COLUNA, COM DIFICULDADE PARA RESPIRAÇÃO PROFUNDA, CANSAÇO A LEVES ESFORÇOS E DEFORMIDADE TORÁCICA

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)? [X] Sim [] Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA COLUNA TORÁCICA, MOVIMENTOS DE FLEXÃO E INCLINAÇÃO DA COLUNA, COM DIFICULDADE PARA RESPIRAÇÃO PROFUNDA, CANSAÇO A LEVES ESFORÇOS E DEFORMIDADE TORÁCICA

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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

TORAX

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 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.



Dr. Leonardo Coelho Bezerra
Médico
CRM-PE 24897
CRM-CE 15885

LEONARDO COELHO BEZERRA CRM : 24897 / UF :PE

**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: 3180501768

Nome do(a) Examinado(a): FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOANA NUNES DE SOUZA, 165 -
SERRA TALHADA/PE - CEP 56912-182

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2818303 - SSP-PE

Data e Local do Acidente : 14/08/2018 - SERRA TALHADA

Data e Local do Exame : 06/12/2018 RUA DR ERICK RIBEIRO, 324 - SL 02 -
SALGUEIRO/PE - CEP 56000-000

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE ARCOS COSTAIS À DIREITA

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

REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR. TEVE ALTA NO DIA 29/11/2018

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

LIMITAÇÃO DA COLUNA TORÁCICA, MOVIMENTOS DE FLEXÃO E
INCLINAÇÃO DA COLUNA, COM DIFICULDADE PARA RESPIRAÇÃO
PROFUNDA, CANSAÇO A LEVES ESFORÇOS E DEFORMIDADE
TORÁCICA

**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)?** [X] Sim [] Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA COLUNA TORÁCICA, MOVIMENTOS DE
FLEXÃO E INCLINAÇÃO DA COLUNA, COM DIFICULDADE PARA
RESPIRAÇÃO PROFUNDA, CANSAÇO A LEVES ESFORÇOS E
DEFORMIDADE TORÁCICA

**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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

TORAX

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

Região Corporal

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

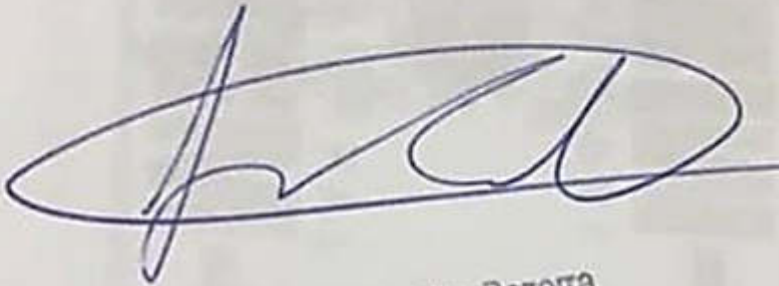
Região Corporal

% 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.



Dr. Leonardo Coelho Bezerra
Médico
CRM-PE 24897
CRM-CE 15885

LEONARDO COELHO BEZERRA CRM : 24897 / UF :PE

DECLARAÇÃO

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



SERRA TALHADA, 06 de Setembro de 2018

X Fernando da Gama de Siqueira

DECLARAÇÃO

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



SERRA TALHADA, 06 de Setembro de 2018

X Francinaldo Gonçalves de Siqueira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190333395 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ARCOS COSTAIS A DIREITA

Descrição do exame físico: DOR RESIDUAL POS TRAUMA DE TORAX

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR
ALTA FEVEREIRO 2019

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 24/05/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO PROCESSO E A PERÍCIA REALIZADA, OPTAMOS POR NÃO MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE ESTA FOI BASEADA EM SINTOMAS SUBJETIVOS (DOR) NÃO COMPROVADOS ATRAVÉS DE EXAMES COMPLEMENTARES E OU RELATÓRIOS MÉDICOS

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante

Francivaldo Gonçalves da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 2.810.303, expedido por SSP/PE, em

29.10.1997, inscrito no CPF sob o nº 330.737.164-91, residente na

Rua PREFE Paula Nunes de Souza, nº 165

complemento Casa, Bairro AA BB, cidade

Serra Talhada, Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29.05.2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

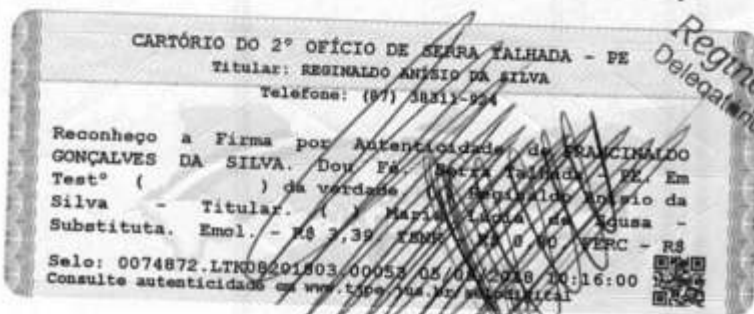
Serra Talhada, Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 03 de Setembro de 2018

Outorgante

Francivaldo Gonçalves da Silva



Reginaldo Antísio da Silva
Delegado Titular e Of. do Protesto

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante

Francivaldo Gonçalves da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 2.810.303, expedido por SSP/PE, em

29.10.1997, inscrito no CPF sob o nº 330.737.164-91, residente na

Rua PREFE Paula Nunes de Souza, nº 165

complemento Casa, Bairro AA BB, cidade

Serra Talhada, Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29.05.2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

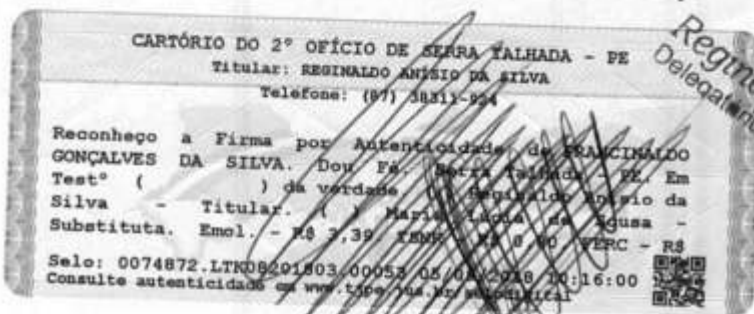
Serra Talhada, Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 03 de Setembro de 2018

Outorgante

Francivaldo Gonçalves da Silva



Reginaldo Antísio da Silva
Delegado Titular e Of. do Protesto

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168859/19

Vítima: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

CPF: 330.737.164-91

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 14/08/2018

Titular do CPF: FRANCINALDO
GONCALVES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA : 330.737.164-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/05/2019
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080380/19

Vítima: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

CPF: 330.737.164-91

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 14/08/2018

Titular do CPF: FRANCINALDO
GONCALVES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA : 330.737.164-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/03/2019
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190333395

Vítima: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190333395

Vítima: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190333395

Vítima: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

330.737.164-91

Francinaldo Gonçalves da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francinaldo Gonçalves da Silva		CPF titular da conta 330.737.164-91	Profissão Agricultor
Endereço Rua RPA Joana Nunes de Souza		Número 165	Complemento Casa
Bairro AABN	Cidade Serra Talhada	Estado PE	CEP 56912-182
Email		Telefone (DDD) (87) 9634-4907	

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



FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO. 0051 D/V 40659 D/V 0
(Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V D/V
(Informar dígito se existir)

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

S. Talhada 06 de Setembro de 2018
Local e Data

Francinaldo Gonçalves da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG Serra Talhada

DATA: 24/08/2018

HORA: 10:04:37

TERMINAL: 09141018

CONTROLE: 091410180306

AGENCIA: 0051 - CARUARU

CONTA: 013.00040652-0

CLIENTE: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
10/08	0,00
11/08	0,00
13/08	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
07/08	709,24
10/08	0,26
11/08	1,46
13/08	1,67

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

		SALDO ANTERIOR	3,37C
--	--	----------------	-------

Agosto

07/08	000000	COTAS PIS	709,24C
10/08	000000	REM BASICA	0,00C
11/08	000000	REM BASICA	0,00C
11/08	000000	CRED JUROS	0,01C
13/08	000000	REM BASICA	0,00C
13/08	000000	CRED JUROS	0,01C

RESUMO EM 23/08

SALDO	712,63C
-------	---------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	712,63C
SALDO TOTAL	712,63C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

330.737.164-91

Francinaldo Gonçalves da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francinaldo Gonçalves da Silva		CPF titular da conta 330.737.164-91	Profissão Agricultor
Endereço Rua RPA Joana Nunes de Souza		Número 165	Complemento Casa
Bairro AABN	Cidade Serra Talhada	Estado PE	CEP 56912-182
Email		Telefone (DDD) (87) 9634-4907	

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



FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO. 0051 D/V ☐ CONTA NRO. 40659 D/V ☐
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome NRO.
AGÊNCIA NRO. D/V
CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

S. Talhada, 06 de Setembro de 2018
Local e Data

Francinaldo Gonçalves da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG Serra Talhada

DATA: 24/08/2018

HORA: 10:04:37

TERMINAL: 09141018

CONTROLE: 091410180306

AGENCIA: 0051 - CARUARU

CONTA: 013.00040652-0

CLIENTE: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
10/08	0,00
11/08	0,00
13/08	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
07/08	709,24
10/08	0,26
11/08	1,46
13/08	1,67

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

		SALDO ANTERIOR	3,37C
--	--	----------------	-------

Agosto

07/08	000000	COTAS PIS	709,24C
10/08	000000	REM BASICA	0,00C
11/08	000000	REM BASICA	0,00C
11/08	000000	CRED JUROS	0,01C
13/08	000000	REM BASICA	0,00C
13/08	000000	CRED JUROS	0,01C

RESUMO EM 23/08

SALDO	712,63C
-------	---------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	712,63C
SALDO TOTAL	712,63C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



0388722/18



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267003310**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/08/2018** às **12:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/8/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OSVALDO DE GODOY LIMA, 1 - Bairro: AABB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A ACADEMIA DAS CIDADES**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA (TESTEMUNHA)
FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA**
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA GONCALVES DA SILVA Pai: SEBASTIAO SALUSTINO DA SILVA Data de Nascimento: 5/3/1963 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2810303/SSP/PE (RG), 33073716491 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MONTADOR Telefones Celulares: - 87999804147

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 165, RUA JOANA NUNES DE SOUZA, AABB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA ALDENORA TIBURTINO DA SILVA Pai: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA Data de Nascimento: 4/3/1995 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9331797/SDS/PE (RG), 11059838460 (CPF), 05972769541 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 165, RUA JOANA NUNES DE SOUZA, AABB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA I (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/C100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKK4383** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **815441959** Chassi: **9C2HA07103R086807**
Ano Fabricação/Modelo: **2003/2003**
Descrição: **BIZ ES**

MOTOCICLETA II (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

O SRº FRANCINALDO GONÇALVES DA SILVA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE FOI VÍTIMA DE UM CIDENTE DE TRÂNSITO, SEGUNDO RELATOS DO MESMO QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTONETE RETROMENCIONADA QUE ESTAVA SENDO PILOTADA PELA SUA FILHA DE NOME FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA NA AVENIDA OSVALDO DE GODOY LIMA ONDE DE REPENTE UMA OUTRA MOTOCICLETA DE CARACTERISTICAS NÃO ANOTADAS PILOTADA POR UM HOMEM DESCONHECIDO CRUZOU DE VEZ EM OUTRA RUA PARALELA A MENCIONADA AVENIDA HAVENDO ASSIM UMA COLISÃO ONDE TODOS CAÍRAM NA VIA, ONDE POSTERIORMENTO O SENHOR FRANCINALDO FOI LEVADO POR FAMILIARES AO HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES, COMO CONSTA CÓPIA DE BOLETIM DE EMERGÊNCIA DE Nº 109 DAQUELE HOSPITAL, SEM MAIS ENCERRO O PRESENTE BO.

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

Francinaldo Gonçalves da Silva
FRANCINALDO GONÇALVES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **WAGNER ALVES DE ALMEIDA** - Matrícula: **320336-0**



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Francinaldo Gonçalves da Silva

CPF da Vítima

330.737.164-91

Data do Acidente

14/08/2018

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:

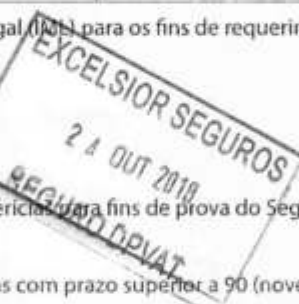
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Stalinda 06 de Setembro de 2018
Local e Data

Francinaldo Gonçalves da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA - NÚM. - 00882 - NO
55A, SRA. DA PENHA SERRA TALHADA - PE 56903-490

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 104344237 Jul/2018	
MARIA AIDENORA TIBURTINO DA SILVA			
R. PRFA JOANA NUNES DE SOUZA, N. 00165 - - AABD SERRA TALHADA			
PE 56912-182			
INSCRIÇÃO: 139.847.141.0000.010 GRUPO: 18 DEB. AUTOMÁTICO: 104344237			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A12B303/05	DATA LEIT. ANTERIOR 14/07/2018	DATA LEIT. ATUAL 14/08/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL
ÁGUA: LEIT. ANTE: 809 CONSUMO: 16 LEIT. ATUAL: 825 LEIT. FAT: 825			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA: CONSUMO			
		NÚMERO DE AMOSTRAS	
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.
		ATENDIM. A LEGIS	
06/2018	17	TURBIDEZ	70
05/2018	14	COR APARENTE	70
04/2018	21	CORO RESIDUAL	70
03/2018	13	COLIF. TOTAIS	70
02/2018	15	E. COLI	70
01/2018	16		
MEDIA:	16		
Qualidade de Água: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS			
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO			
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA			
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES			
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M ³ - 41,30 POR UNIDADE		10 M ³	41,30
11 M ³ A 20 M ³ - R\$ 4,74 POR M ³		6 M ³	28,44
Multa p/IMPONTUALIDADE 06/2018			1,50
JUROS DE MORA 05/2018			0,62
EXCELSIOR SEGUROS 24 OUT 2018 SEGURO PRIVAT			
TÍTULOS			
BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	
69,74	1,65	1,15	
69,74	7,60	5,30	

VENCIMENTO: 25/08/2018

TOTAL A PAGAR: 71,86

MENSAGEM:

EM 31/07/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA

ESTAVA EM DÉBITO COM A COMPESA CASO

TE A TERMO DO CANCELAMENTO DESTA AVISO.



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA - NÚM. - 00882 - NO
55A, SRA. DA PENHA SERRA TALHADA - PE 56903-490

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 104344237 Jul/2018	
MARIA AIDENORA TIBURTINO DA SILVA			
R. PRFA JOANA NUNES DE SOUZA, N. 00165 - - AABD SERRA TALHADA			
PE 56912-182			
INSCRIÇÃO: 139.847.141.0000.010 GRUPO: 18 DEB. AUTOMÁTICO: 104344237			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A12B303/05	DATA LEIT. ANTERIOR 14/07/2018	DATA LEIT. ATUAL 14/08/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL
ÁGUA: LEIT. ANTE: 809 CONSUMO: 16 LEIT. ATUAL: 825 LEIT. FAT: 825			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA: CONSUMO			
		NÚMERO DE AMOSTRAS	
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.
		ATENDIM. A LEGIS	
06/2018	17	TURBIDEZ	70
05/2018	14	COR APARENTE	70
04/2018	21	CORO RESIDUAL	70
03/2018	13	COLIF. TOTAIS	70
02/2018	15	E. COLI	70
01/2018	16		
MEDIA:	16		
Qualidade de Água: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS			
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO			
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA			
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES			
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M ³ - 41,30 POR UNIDADE		10 M ³	41,30
11 M ³ A 20 M ³ - R\$ 4,74 POR M ³		6 M ³	28,44
Multa p/IMPONTUALIDADE 06/2018			1,50
JUROS DE MORA 05/2018			0,62
EXCELSIOR SEGUROS 24 OUT 2018 SEGURO PRIVAT			
TÍTULOS			
BASE DE CÁLCULO			
PERCENTUAL (%)			
VALOR DO IMPOSTO			
PT	69,74	1,65	1,15
C.FINS	69,74	7,60	5,30

VENCIMENTO: 25/08/2018

TOTAL A PAGAR: 71,86

MENSAGEM:

EM 31/07/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA

ESTAVA EM DÉBITO COM A COMPESA CASO

TE A TERMO DO CANCELAMENTO DESTA AVISO.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Protona de M. S. Bualcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.944/25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francinaldo Gonçalves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 330.737.164/91, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francinaldo Gonçalves da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 330.737.164/91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Francisco Olavo</u>		Número	<u>110</u>	Complemento	<u>laser</u>
Bairro	<u>IPSE P</u>	Cidade	<u>Serra Talhada</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>56912-930</u>	
					<u>(87)9634-4907</u>	

S. Talhada 06 de Setembro de 2018
 Local e Data

Protona de M. S. Bualcante
 Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francielly Dayse Tiburtino da Silva,

RG nº 9331797, data de expedição 28/05/2018,

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 110.598.384-60, com

domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua PREFE Joana Nunes de Souza, nº 165,

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Francinelly Gonçalves da Silva, cujo o condutor era

Francielly Dayse T. da Silva.

Veículo: PAS / MOTO NETA

Modelo: HONDA ICIDO BIZ ES

Ano: 2003/2003

Placa: KKK 4383

Chassi: 9C2HA07103K086807

Data do Acidente: 14.08.2018

Local e Data: Serra Talhada 05/09/2018



Francielly Dayse Tiburtino da Silva
Assinatura do Declarante



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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE

Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA

Telefone: (57) 26311-924

Reconheço a Firma por autenticidade de FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA, Dada em Serra Talhada - PE. Em Teste () da cartada. () de Reginaldo Anísio da Silva - Titular () Maria Inês da Sousa - Substituta. Emol. - R\$ 3,39 TERC - R\$ 0,00. TERC - R\$

Selo: 0074872.A0708201803 00252 02/09/2018 10:16:00
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/autenticidade

Reginaldo Anísio da Silva
Delegado Titular e Of. do Protesto