

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200175130 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/01/2020 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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 PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: CARLINDO ANTONIO F. DOS SANTOS, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG E. 321.434, órgão expedidor SDS/PE
e do CPF: 060.887.014-55, residente no(a) SITIO CANABRAVA
nº 110, bairro: ZONA RURAL, município: TRIUNFO / PE

OUTORGADO:

Nome: EDILSA FERREIRA DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: CASADA
Profissão: ADVOGADA, portador(a) do RG 4.819-300, órgão expedidor SDS/PE
e do CPF: 041.021.214-80, residente no(a) PRAÇA JOSE KRISTIANO JUNIOR
nº 34, bairro: CENTRO, município: TRIUNFO / PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS, CPF 060.887.014-55 data do acidente: 25/01/20 Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: Triunfo/PE, 10 de fevereiro de 2020.

+ Carlinda Antonio F. dos Santos

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS, RI, RTD, PJ E PROTESTOS
PRACA 10 DE NOVEMBRO, 134 - CENTRO - TRIUNFO/PE - FONE: (071) 344-1372
ANTONIO DELANEO BRAS DE SOUZA - TITULAR / EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA - SUBSTITUTO

Reconheço Por Autenticidade a firma de CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS, em 10/02/2020 e dou fé. Em test. EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA. Emol: 3,61 TSNR 0,90 FERC: 0,40 Total 4,79 Selo 0073841AHT0120200300226.

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.gov.br/tjpepdigital
Edivaneide Menezes de Souza
Substituta



DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____ / _____

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0136805/20

Vítima: CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS

CPF: 060.887.014-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/01/2020

Titular do CPF: CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EDILSA FERREIRA DA SILVA ALVES : 041.021.214-80

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

CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS : 060.887.014-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/05/2020
Nome: EDILSA FERREIRA DA SILVA ALVES
CPF: 041.021.214-80

EDILSA FERREIRA DA SILVA ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/05/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200175130

Vítima: CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSA FERREIRA DA SILVA ALVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS

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

Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200175130

Vítima: CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 25/01/2020, emitido pelo Dr. TAMARA LOPES GONÇALVES CRM nº 27615 - PE, da Instituição UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 060.887.014-55 4 - Nome completo da vítima: CARLINDO ANTÔNIO FLORENTINO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: CARLINDO ANTÔNIO FLORENTINO DOS SANTOS 6 - CPF: 060.887.014-55
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO CANABRAVA 9 - Número: 110 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.870-000
15 - E-mail: DRA.EDILSA FERREIRA@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (85) 98865-9342

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6861 6 CONTA: 8.003 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (mãe/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Triunfo/PE, 10 de fevereiro de 2020

Carlindo Antônio Florentino dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 181ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRIUNFO -
DP181ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0271000041

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 31/01/2020 às
10:30

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposos (Consumados) que
aconteceu no dia 25/1/2020 no período da Noite

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO SEM VITIMA FATAL**
Fato ocorrido no endereço: **SITIO CANA BRAVA, CASA DE DONA BENEDITA -
TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO,
01, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O PRÓPRIO (AUTOR AGENTE)
ANTONIO CARLOS FLORENTINO DOS SANTOS (TESTEMUNHA)
CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s)
Sr(a): **CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS**



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

CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **MARIA DO CARMO BEZERRA DOS SANTOS** Pai: **LUIZ FLORENTINO DOS
SANTOS** Data de Nascimento: **13/01/1984** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL** Documentos: **06088701456 (CPF), 03408841447 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- 991838104

Residência: **SITIO CANA BRAVA - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA
MUNICIPIO DE TRIUNFO, 01, ZONA RURAL - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO -
TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANTONIO CARLOS FLORENTINO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **MARIA DO CARMO BEZERRA DOS SANTOS** Pai: **LUIZ FLORENTINO DOS
SANTOS** Data de Nascimento: **13/01/1984** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL** Documentos: **06088735430 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU
COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Residência: **SITIO CANA BRAVA - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA
MUNICIPIO DE TRIUNFO, 01, ZONA RURAL - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO -**

TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

O PRÓPRIO - Pêso da Atividade: **NÃO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO CARLOS FLORENTINO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PQY2011** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **107441666** C/ressal:

902ND111EPR020002

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA EM TELA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, PARA COMUNICAR QUE TRAFEGAVA POR UMA ESTRADA CARROCAVEL NO SÍTIO CANA BRAVA NESTE MUNICIPIO, CONDUZINDO A MOTOCICLETA JA DEVIDAMENTE QUALIFICADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL, SEM MAIS PARA O MOMENTO ENCERRO ESTE TERMO.

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

x *Carlindo Antônio S dos Santos*

CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS
(VITIMA)

ANTONIO CARLOS FLORENTINO DOS SANTOS
(TESTEMUNHA)

S.O. registrado por: **RONALDO INACIO DOS SANTOS** - Matrícula: **2211963**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 060.887.014-55 4 - Nome completo da vítima: CARLINDO ANTÔNIO FLORENTINO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: CARLINDO ANTÔNIO FLORENTINO DOS SANTOS 6 - CPF: 060.887.014-55
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO CANABRAVA 9 - Número: 110 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.870-000
15 - E-mail: DRA.EDILSAFERREIRA@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (85)98865-9342

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6861 6 CONTA: 8.003 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (mãe/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Triunfo/PE, 10 de fevereiro de 2020

Carlindo Antônio Florentino dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50090-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-43 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA CLAUDIENE BEZERRA DOS SANTOS

CPF: 089-172-694-02

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Montepio

NP 24 00713704	3892	38923
097009957	(ZACA	10/01/2015
NP 24 00713704	NP 24 00713704	NP 24 00713704
1001560	201814778	3833145

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

51 CANABRAVA 110

TRIUNFO - RURAL/TRIUNFO RURAL
TRIUNFO PE
56870-000

GENCO COMPANY	ISSUANCE
7034858995	01/2020
17/01/2020	07/02/2020
	88.88

DEFINIÇÃO DA BOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abov(W/H)-TU50	76.0000000	0.42656182	32,30
Consumo Abov(W/H)-TE	76.0000000	0.35875625	27,20
Acrecimo Bandeira AMARELA			1,00
Contrib. Ilum. Publica Municipal			7,00
Multa por atraso-NF. 086028102 - 13/12/18			0,00
Juros por atraso-NF. 086028102 - 13/12/18			0,00
Atualizacao IGP-M-NF. 086028102 - 13/12/18			0,00

TOTAL G.A. FAT. 29

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00282	CAT	16-12-2019	18.738,00	16-01-2020	18.908,00	31	1,0000		75,00

Balanço em F		Balanço em F		Balanço em F		Balanço em F		Balanço em F	
Conta	Valor	Conta	Valor	Conta	Valor	Conta	Valor	Conta	Valor
Ativo		Passivo		Ativo		Passivo		Ativo	
Ativo Circulante	100,00	Passivo Circulante	100,00	Ativo Circulante	100,00	Passivo Circulante	100,00	Ativo Circulante	100,00
Ativo Não Circulante	0,00	Passivo Não Circulante	0,00	Ativo Não Circulante	0,00	Passivo Não Circulante	0,00	Ativo Não Circulante	0,00
Total	100,00	Total	100,00	Total	100,00	Total	100,00	Total	100,00

www.oxfordjournals.org/oxfordjournals

[illegible]

TENSÃO E FREQUÊNCIA DE OPERAÇÃO					Tensão e Freq. Nominal		
CICLO	CONSTANTE	VALOR APROXIMADO (Hz/2019)	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TÁLONAL	LIMITE MÁXIMO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
							MÍNIMO MÁXIMO
ON		0,00	0,00	0,00	0,00	220	202 231
OFF		0,00	0,00	0,00	0,00		
ON/OFF		0,00	0,00	0,00	0,00		

Leiria DCTN: 2,00 EJEIO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 12,97

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7034850095	01/2020	17/01/2020	68,66

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDILSA FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.021.214 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLINDO ANTÔNIO F. DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.887.014 / 55, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLINDO ANTÔNIO F. DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.887.014 / 55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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		Número	Complemento
<u>PRAÇA JOSÉ VERÍSSIMO JÚNIOR</u>		<u>34</u>	<u>SALA 1</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>TRIUNFO</u>	<u>PE</u>	<u>56.870-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>DRA. EDILSA FERREIRA@GMAIL.COM</u>	<u>8</u>		<u>(81) 98865-9342</u>

Triunfo/PE, 10 de fevereiro de 2020
Local e Data

Edilsa Ferreira da Silva
Assinatura do Declarante

Data e Hora: 25/01/20 00:30		Nº. Ocorrência
Nome: Carlos Antonio F. Santos		Data Nascimento: 13/06/84
Profissão:	Sexo: M	Doc. Ident.:
End.: Sitio Para Boa Vista		
Responsável: Si mesmo		
End/Fone: 20.948.77.0677 00021 (81) 98199-460		
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☒ Acidente de Trabalho ☐		
Agressão ☐ Consulta ☐		

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:
-------------------	--------	--------------

Histórico e Exame Físico:

Paciente vítima de acidente de moto.
Sem TCE. ECG 15

Tratamento:

- 1) Antiepileptico e Antibiótico de Clonazepam em bolus e E
- 2) Dipirona 2AMP + AD, EV
- 3) Cefazolin 1g. 2AMP + AD, EV. 04/20

Impressão Diagnóstica:

Queda de moto

Dr. Tâmara Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.815

Destino do Paciente
Removido para Hospital

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☐

Óbito às

horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

10R-32

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES BURIL




Carlindo Antonio Florentino dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.371.434

DATA DE EXPIRAÇÃO: 17/07/2003

REGISTRO GERAL

Nome: << CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS >>

TRAJAJÓ

<< LUIZ FLORENTINO DOS SANTOS >>

<< MARIA DO CARMO BEZERRA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE: SERRA TALHADA

PE

DATA DE NASCIMENTO: 13/06/1984

DOC. GREGEM: << CN.8494 F.180V L.80 CART. TRIUNFO-PE EM. 25/08/1984 >>

Assinatura do Diretor

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

F-07 76317

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número: 060.887.014-55

Nome: CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS

Nascimento: 13/06/1984

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
5368.11EB.7B9E.DDF7

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:55:14 do dia 29/10/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME		ROILEA FERREIRA DA SILVA					
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF		4819300 SUP PE					
CPF		041.021.214-80		DATA NASCIMENTO		18/04/1975	
FILIAÇÃO		JOAO FERREIRA DA SILVA					
		NITA MARIA DA SILVA					
PERMISSÃO		ACC		CAT. HAB.		A3	
Nº REGISTRO		02901094090		VALIDADE		13/06/2003	
OBSERVAÇÕES							
ASSINATURA DO PORTADOR		Rileia Francisco da Silva					
LOCAL		SERRA TALHADA, PE		DATA EMISSÃO		05/10/2018	
ASSINATURA DO EMISSOR		74254185528		PE088243117			
PERNAMBUCO							
DENATRAN		CONTRAN					

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 014960452052
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1074416667 RENTRO 2019 EXERCÍCIO

ANTONIO CARLOS FLORENTINO DOS SANTOS

TRIUNFO-PE

060.887.354-20 PLACA PGV2911

PLACA ANT/UF 9C2ND1110ER029852

ESPECÍFICO: PAS MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: ALCO/GB30L

MARCA/MODELO: HONDA/XRE 300 ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2015

CAP/POT./CL: 2P/291CL CATEGORIA: PARTIC COR/PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: IPVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1º

FAIXA IPVA: 1 PARCELAMENTO/COTAS: 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$): 60.11 ICOP (R\$): 0.32 PREMIO TOTAL (R\$): 60.43 DATA DE PAGAMENTO: 16/01/19

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

ROBERTO CARLOS MOREIRA FONTELLES

TRIUNFO-PE 28/01/20

ROBERTO CARLOS MOREIRA FONTELLES
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

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

PE Nº 014960452052 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANTONIO CARLOS FLORENTINO DOS SANTOS

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

TRIUNFO-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO: 28/01/20

VA 060.887.354-20 PLACA PGV2911

RENAVAM 1074416667 MARCA/MODELO: HONDA/XRE 300

ANO FAB: 2015 GET/IMP: 09 Nº CHASS: 9C2ND1110ER029852

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 36.05 DENAT/TRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 ICOP (R\$) 0.32 TOTAL SERVIÇO SEGURO (R\$) 34.58

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 16/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.808/0001-04

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

OUT-2019