

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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

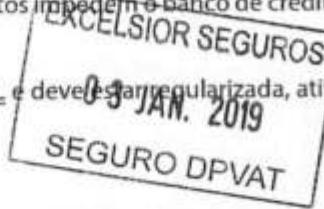
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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 com 16 ou 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

100.755.264-68

JOSÉ NOVAL DE ARRUDA

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

Nome completo JOSE NOVAL DE ARRUDA	CPF titular da conta 100.755.264-68	Profissão RECUSO
Endereço ST. SÃO JOSÉ DA LUZ	Número 130	Complemento CASA
Bairro ZONA RURAL	Cidade TRIUNFO	Estado PE
Email TOINHODERMELIPO@HOTMAIL.COM	CEP 56.870-000	Telefone (DDD) 87-7935-5533

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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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.

D/V

CONTA  
NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

BANCO DO BRASIL

001

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

1060

X

17.885

3

(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.

FLORES-PE, 19 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Confira no site [www.bb.com.br](http://www.bb.com.br) ou no telefone 0800 722 0001 (021-3261-1000)

Assinatura: \_\_\_\_\_

842

[bb.com.br](http://bb.com.br)

BANCO DO BRASIL



4003 6373 7582 7151  
000  
07/19  
JOSE NOVAIS ARAUJO  
1060-X 17.885.3

VISA  
ELECTRON

Ourocard  
International



ASL-0003401/19



**EXCELSIOR SEGUROS**  
**03 JAN. 2019**  
**SEGURO DPVAT**

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLICIA DA 179ª CIRCUNSCRICAO - FLORES -**  
**DP179ºCIRC DINTER2/21ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0269000493**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/10/2018** às  
17:07

Completa o BO Número: 18E0269000492

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconfeceu no dia **20/9/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, PE 320** - Bairro:  
**CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência:  
**PROXIMO AO SITIO LAGOINHA**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO HOUVE (AUTOR/AGENTE )  
FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO ( VITIMA )  
JOSE NOVAL DE ARAUJO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a).  
FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO

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

**JOSE NOVAL DE ARAUJO** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** M&eacute;: **MARIA PEREIRA LEAL** Pai: **MANUEL ALBINO DE ARAUJO** Data de Nascimento: **26/12/1958**  
Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1166116/SDS/PE (RG)**,  
**18075526468 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão:  
**AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:  
- 87999125072

Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 1, SITIO JOÃO DA LUZ - CEP: 54000-000** - Bairro: **CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL, SITIO OTICIOA**

**FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** M&eacute;: **DAMIANA BATISTA DE ARAUJO** Pai: **JOSE NOVAL DE ARAUJO** Data de Nascimento: **07/3/1985** Naturalidade: **SERRA TALMADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7386452/SDS/PE (RG)**, **06135231480 (CPF)**, **03717554580 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**



Educação: 1º, GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 87999125072

Endereço Residencial: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 1, SITIO JOÃO DA LUZ - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL, SÍTIO OTIÇICA

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO, que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ESD Objeto apreendido: Não Cor: VERMELHA - Quantidade 1 (UNIDADE)

Placa: PCCG246 (PERNAMBUCO/FLORES) Renavam: 105023495 Chassi: 9C2MC1680FR202895  
Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCO/GASOL

### Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO, NOTICIANDO QUE NA DATA MENCIONADA TRAFEGAVA PELA PE 328, VINDO DO SÍTIO ONDE RESIDE COM DESTINO A CIDADE DE FLORES, CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, TRAZENDO COMO PASSAGEIRO O SEU PAI O SR. JOSÉ NOVAL DE ARAÚJO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO APÓS O PNEU DA MOTOCICLETA ESVAZIAR REPETINAMENTE. ADIANTO QUE O CONDUTOR NÃO CONSEGUIU MANTER A MOTOCICLETA NO ASFALTO E OS DOIS OCUPANTES VIERAM A CAIR. DEVIDO AO ACIDENTE O CONDUTOR TEVE APENAS ESCORIAÇÕES, NO ENTANTO O PASSAGEIRO TEVE UMA FRATURA NA Perna DIREITA, SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL DE FLORES E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SÃO FRANCISCO EM SERRA TALHADA.

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

*+ Jose' Noval de Araujo*  
JOSE NOVAL DE ARAUJO  
(VITIMA)

FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO  
(VITIMA)

*Francisco Reginaldo Batista de Araujo*

B.O. registrado por: JAIRO JOSÉ DE LIMA - MAT. 320.585-1 - Matrícula: 320585-1





# PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo municipal de Saúde

Unidade Mista genésio Francisco Xavier

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

EXCELSIOR SEGUROS

03 JAN. 2019

SEGURO DPAT ame

Data e Hora:	20.09.2018 às 10:22hs	Nº. Ocorrência	12
Nome:	José Neiva de Araújo	Data Nascimento:	20/12/1950
Profissão:	Sexo M	Doc. Ident:	
Fone:	SUS: 409 6036 7194 3478		
End:	Sítio Oficica		
Responsável:			
Tipo de Atendimento:		Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>
		Agressão <input type="checkbox"/>	Consulta <input type="checkbox"/>

Pressão Arterial:	HGT:	Pulso:	Temp:	Peso
Histórico e Exame Físico: Pct vítima po acident. c/ motocicleta, queimad. 1ºgr em MIO; j. do crmo, Pct estéril, lote; cranio, s/ gvt preta.				

Tratamento: # Encaminh. c/ auxílio no fomitolug.
---

Impressão Diagnóstica: Fx?
-------------------------------

Destino do Paciente	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
Removido para Hospital			

Óbito às	horas do dia
----------	--------------

Médico - Carimbo e CRM:	 CRM-PF 24842
-------------------------	------------------

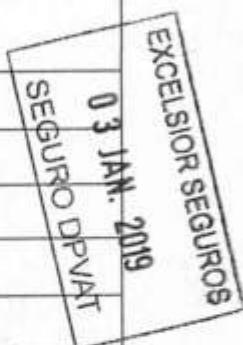
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ NOVAL DE ARAÚJO,

RG nº 1.155.116, data de expedição 16/08/1973 Órgão SSP-PE,

CPF nº 100.755.264-68, 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>ST. SÃO JOÃO DA LUZ</u>
Número	<u>130</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>TRIUNFO</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56.870-000</u>
Telefone de Contato	<u>(8) 9935-5533</u>
E-mail	<u>TOINHODEMELIA@HOTMAIL.COM</u>



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: FLORES-PE 19/12/2018

Assinatura do Declarante:

José Nival de Araújo



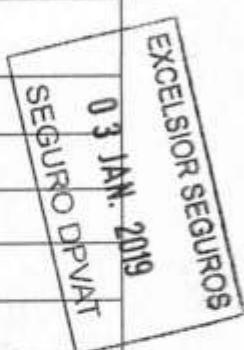
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ NOVAL DE ARAÚJO,

RG nº 1.155.116, data de expedição 16/08/1973 Órgão SSP-PE,

CPF nº 100.755.264-68, 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>ST. SÃO JOÃO DA LUZ</u>
Número	<u>130</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>TRIUNFO</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56.870-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9935-5533</u>
E-mail	<u>TOINHODEBEMELIA@HOTMAIL.COM</u>



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: FLORES-PE 19/12/2018

Assinatura do Declarante:

José Nival de Araújo



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu ANTONIO PEREIRA FILHO inscrito (a) no CPF/CNPJ 452.545.084 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE NOVAL DE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.755.264 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura INVAD WEC da Vítima JOSE NOVAL DE ARAUJO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.755.264 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os seguintes comprovatórios:

HABILITACAO

**EXCELSIOR SEGUROS**

03 JAN. 2019

Recuso informar

**SEGURO DPVAT**

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>TV. MANOEL SANTANA</u>		<u>56</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>FLORES</u>	<u>PE</u>	<u>56.850-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>TOINHODERNEUROLI@HOTMAIL.COM</u>			<u>87-9935-5533</u>

FLORES-PE 19 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS  
03 JAN. 2019  
SEGURO DPVAT

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO,  
RG nº 7380452, data de expedição / /,  
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 064.358.314-80, com  
domicílio na cidade de FLORES, no Estado de  
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SITIO SAO JOAO DA LUZ, nº 130,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JOSÉ NOVAL DE ARAUJO, cujo o condutor era  
FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO

Veículo: MOTO  
Modelo: HONDA/CG 150 FAN RS DI  
Ano: 2015 MOD 2015  
Placa: PCC 6245  
Chassi: 9C2KC1680FR208895  
Data do Acidente: 20/09/2018  
Local e Data: FLORES-PE 19/12/2018

Francisco Reginaldo Batista de Araujo  
Assinatura do Declarante

Francisco Reginaldo Batista de Araujo.

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

TABELIONATO ÚNICO DE FLORES  
Serviço Notarial, Provação de Títulos, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Processo Judicial  
Rua Antônio Cláudio Dantas, 5 - Centro - Flores/PE - CEP: 56600-000 - Fone: (87) 3857-1255  
Ruth Gomes de Freitas Fernandes - Intendente

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)FRANCISCO...  
REGINALDO BATISTA DE ARAUJO.....  
Dou fe. FLORES, sexta-feira, 9 de novembro de 2018 - 09:45h  
Em Testemunha ..... da verdade.....  
MARIA CECILIA VIEIRA MÜLLER - ESCREVENTE.....  
Total: 4,79 Ao Cartorio: R\$ 3,59 - TSNR: R\$ 0,80 - PEGO: R\$ 0,10  
R\$ 0,40 - Total: R\$ 4,79.....  
Selo(s): 0076927.LZ010201802.00220-  
Confira autenticidade em: [www.tabelionatoflores.com.br](http://www.tabelionatoflores.com.br)

*Francisco Reginaldo Batista de Araujo  
Escrivente*

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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

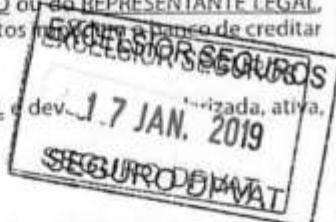
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos podem impedir o crédito.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar aberta, 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 com 16 ou 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

100.755.264-68

JOSÉ NOVAL DE ARAÚJO

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
JOSÉ NOVAL DE ARAÚJO	100.755.264-68	RECUSO
Endereço	Número	Complemento
ST. SÃO JOSÉ DA LUZ	130	CASP
Bairro	Cidade	Estado
ZONA RURAL	TRIUNFO	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
TAINHOODERMELIRA@HOTMAIL.COM	56.870.000	81.9935-5533

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**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR    | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00               | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAU (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
Nº: 1060  
(Informar dígito se existir)

CONTA  
Nº: 17885  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	AGÊNCIA	CONTA
Nome	Nº:	Nº:

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.

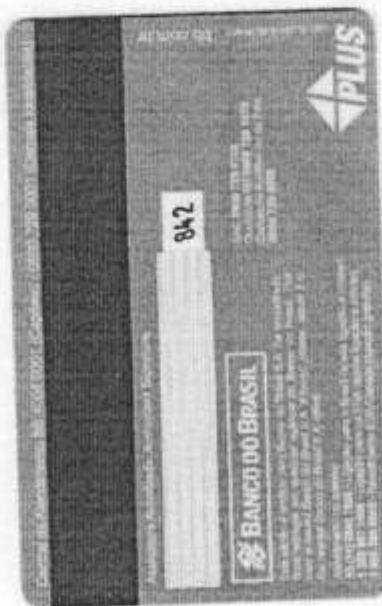
FLORES-PE 17 de janeiro de 2019  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Poupar





# PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo municipal de Saúde

Unidade Mista genésio Francisco Xavier

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

EXCELSIOR SEGUROS

03 JAN. 2019

SEGURO DPAT 67 anel

Data e Hora:	20.09.2018 às 10:22hs	Nº. Ocorrência	12
Nome:	José Neiva de Araújo	Data Nascimento:	20/12/1950
Profissão:	Sexo M	Doc. ident:	
Fone:	SUS: 709 6038 7194 3478		
End:	Sítio Oficina		
Responsável:			
Tipo de Atendimento:		Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>
		Agressão <input type="checkbox"/>	Consulta <input type="checkbox"/>

Pressão Arterial:	HGT:	Pulso:	Temp:	Peso
Histórico e Exame Físico: Pct vítima do acidente c/ motocicleta, queimad. 2ºgr em MIO; do crânio, Pct estéril, lote; crânio, SI 600 presente.				

Tratamento: # Encaminh. c/ auxílio no fomitoloco.
--

Impressão Diagnóstica: Fx?
-------------------------------

Destino do Paciente	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
Removido para Hospital	)		

Óbito às	horas do dia
----------	--------------

Médico - Carimbo e CRM:
-------------------------

SUS

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeSecretaria  
de Saúde  
PernambucoLAUDO PARA SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

RLIZAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

2-CNES

2517124

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

1155116

NOME ATEND.

BRUNA

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

709603671943478

6 - SIS PRENATAL

7-SENHA/REGULAÇÃO

8-Nº DO PRONTUÁRIO

00041803

9-NOME DO PACIENTE

JOSE NOVAL DE ARAUJO

10-DATA DE NASCIMENTO

20/12/1950

11-SEXO

MASCULINO

12-NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA PEREIRA LEAL

13-TELEFONE DE CONTATO

87-996006322

14-ENDEREÇO

JOSE ALVES DA SILVEIRA

BAIRRO

CENTRO

NÚMERO

125

MUNICÍPIO

SERRA TALHADA

UF

PE

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19-HISTÓRIA CLÍNICA / EXAMES FÍSICOS

Trauma GM Perna ①  
 Autor curva de motocicleta.

20-PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS / RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Rx

21-DIAGNÓSTICO INICIAL

Frat. de Perna ①

22-CID PRINCIPAL

m.84 - Os.

23-DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24-CID 10 SECUNDÁRIO

25-CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26-DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tte. de Perna ①

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-COD. DO PROCEDIMENTO

04.08.05 0870

28-CLÍNICA

29-CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30-DOCUMENTO

31-Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( )CNS ( )CPF

32-ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

33-DATA DA SOLICITAÇÃO

34-ASSINATURA E CARIMBO(DIRETOR MÉDICO)

Dr. E.  
 Ortoped.  
 06/09/18

20/09/2018

Dr Francisco Anselmo Magalhães  
 CRM: 12345678905449  
 CRM: 3382

CRM:15.122 PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35-( )ACIDENTE DE TRÂNSITO

36-( )ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37-( )ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38-CNPJ DA SEGURADORA

39-Nº DO BILHETE

40-SÉRIE

44-VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( )EMPREGADO

( )EMPREGADOR

( )DESEMPREGADO

42-CNAE DA EMPRESA

43-CBOR

( )... OSENTADO

( )NÃO ELEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

45-CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46-ÓRGÃO EMISSOR

51-Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

261810709839-8

47-DOCUMENTO

48-Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( )CNS ( )CPF

MOTIVO DA ALTA: melhora de

49-DATA DA AUTORIZAÇÃO

50-ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR DO CONSELHO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Urgência

Médico Autorizado

CREMEP: 8.600

CRM: 43534087400

DATA DA INTERNAÇÃO: 20.09.18

DATA DA ALTA: 22.09.18

## HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

FRANCISCO

Rua Verbo Divino, 30 - Centro - 384 - ABRE - Serra Talhada - PE  
 Fone/Fax: (87) 321-2142 - CEP: 56300-000  
 CNPJ: 47.095.502/0001-59 - e-mail: hospitalfrancisco@bol.com.br

## CLÍNICA

## CIRURGICA

Atendimento: 20/09/2018

Prontuario: 00041803

Registro: 00067331

Convênio: SUS, INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: JOSE NOVAL DE ARAUJO

Data Nascimento: 20/12/1950	Idade: 67 Anos, 9 Meses	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDAS
Estado Civil: CASADO(A)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade:	Nacionalidade:
Pai: MANUEL ALBINO DE ARAUJO		Mãe: MARIA PEREIRA LEAL	

Endereço: JOSE ALVES DA SILVEIRA

Nº 125

Cidade: CENTRO	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone: 87-996006322
----------------	-----------------------	------------	------------------------

## ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito [ ]	Acidente de Trabalho [ ]	Outros Acidentes [ ]	Agressão [ ]
--------------------------	--------------------------	----------------------	--------------

Suicídio [ ]	Casual [ ]	Outros [ ]	Telefone para Contato:
--------------	------------	------------	------------------------

Nome do Acompanhante:

Endereço:

Local da Ocorrência:

## ANAMISES E EXAMES FÍSICOS

Tumor em perna ①  
 Área avermelhada de morcidez

Diagnóstico Inicial:

FMAT. de perna ①

S.A.D.T

Diagnóstico Final:

① Mioma.

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada [A]

Decisão Médica [A]

Inalterado [ ]

Alta a Pedido [ ]

Piorado [ ]

Transferência [ ]

Obito+48h [ ]

Evasão [ ]

Obito-48h [ ]

Indisciplina [ ]

Data do Internamento: 20/09/2018

Data da Alta: 22/09/18

Dr. Edsonne A. Silva

Ortopedia e Traumatologia

P.M. 15.122

Médico Responsável

Óbito em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Nº do Procedimento:

Início:

Término:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

A testunista:

CÂO CIRÚRGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- ACESSO ARTICULAR

01 PUNCA em "T" 4,5

07 Parafuso evitiva.

- Sutura.

Eugenio A. SILVA  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM:15.122

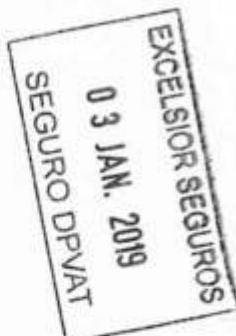
Assinatura do Cirurgião

JOSE NOVAL DE ARAUJO, , , 28/09/2018: CR from 28/09/2018

JUS/2018/0000000000000000  
Nº 2000000000000000  
ID: 0000000000000000  
FNC: 0000000000000000



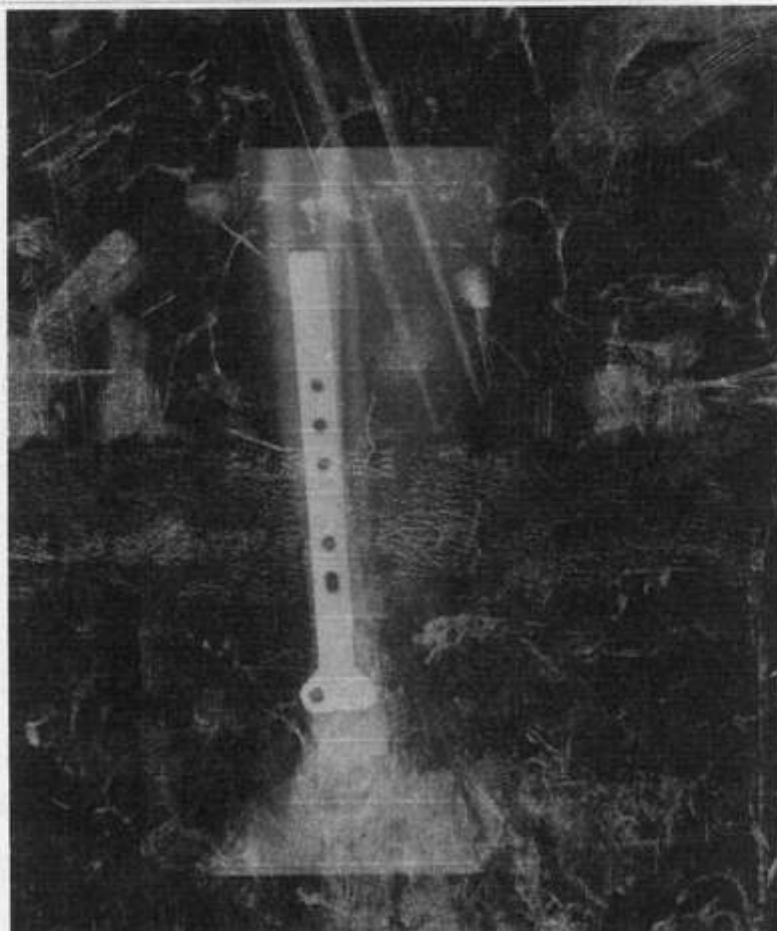
0284 - Crânio e Vértebras/Medidas  
Peso: 2.000g  
Último Ensaio: 2018/09/27  
Última Revis.: 18/10/18



HNC/0000000000000000

Perna/Tibial  
Peso: 1.881g  
Último Ensaio: 05/07

JUS/2018/0000000000000000  
Nº 2000000000000000  
ID: 0000000000000000  
FNC: 0000000000000000



0284 - Crânio e Vértebras/Medidas  
Peso: 2.000g  
Último Ensaio: 2018/09/27  
Última Revis.: 18/10/18

HNC/0000000000000000

Perna/Tibial  
Peso: 1.881g  
Último Ensaio: 05/07

JOSE VIDAL DE ARAUJO,  
Sexo: Masculino  
Data de nascimento: 19/10/2018  
ID: 000712

-CEM

Data de aquis: 19/10/2018  
Hora de aquis: 08:59:14  
Índice de exp: 2330  
Data de nascimento: 19/10/2018  
ID: 000712

Data de aquis: 19/10/2018  
Hora de aquis: 08:59:15  
Índice de exp: 2467  
Data de nascimento: 19/10/2018  
ID: 000712

45m  
15988 0 56  
ID de topo: 000712

CEDULA DE IDENTIDADE



73

*José Noval de Araújo*  
ASSINATURA DO PORTADOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO GERAL 1.155.716

NOME JOSÉ NOVAL DE ARAUJO

RESIDÊNCIA Manuel Albino de Araújo e  
Maria Pereira Leal

Triunfo-Pernambuco 20 de dezembro de 1950  
NASCIMENTO 16 agosto 1933

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**100.755.264-68**

Nome  
**JOSE NOVAL DE ARAUJO**

Nascimento  
**20/12/1950**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
**DECE.B565.0C69.F0E1**

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 10:02:28 do dia 19/07/2016 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

EXCELSIOR SEGUROS

03 JAN. 2019

SEGURADO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE N° 013935909577  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.NTR.C.	EXERCÍCIO
1	1050234950	*****	2018
NOME FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO			
FLORES - PE			
CPF / CNPJ	PLACA		
061.352.314-80	PCC6245		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
***** /PE	9C2KC1680FR208895		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS /MOTOCICLISTA	ALCO/GASOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CC150 FAN BS4I	2015	2015	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/149CL	PRTIC	VERMELHA	
I P V A	QOTA UNICA IPVA 2018 QUITADO	VENC. QOTA UNICA	VENC / COTAS
	FAIXA IPVA:	PARCELAMENTO / COTAS	1 <sup>a</sup> ***** 2 <sup>a</sup> ***** 3 <sup>a</sup> *****
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
SEGUR. FACO			DATA DE PAGAMENTO
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
LOCAL		DATA	
FLORES		10/03/18	
Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETAN/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 N° 013935909577 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO  
RUA  
CASA FLORES - PE  
56850-000

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXCELSIOR SEGUROS

03 JAN. 2019

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 10/03/18

SEGURADO DPVAT

VIA	RENAVAM	MARCA / MODELO
1	1050234950	HONDA/CC150 FAN BS4I
ANO FAB.	CAT. TUR.	Nº CHASSI
2015	09	9C2KC1680FR208895

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
SEGUR. FACO		
- PAGAMENTO -		
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.240.800/0001-04

DESTAQUI E GUARDE O BILHETE DPVAT  
QUE VOU E IR PÔRTE OBRIGATÓRIO.



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

---

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

Número do Sinistro: **3190011807**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE NOVAL DE ARAUJO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**S SI JOAO DA LUZ, 130 - CANAA RURAL - Triunfo - PE - CEP 56870-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **1155116**

Data e local do acidente: [ **20/09/2018** ] **FLORES**

Data e local do exame: [ **18/03/2019** ] **Serra Talhada** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA**

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

**AO EXAME APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, HIPOTROFIA E REDUÇÃO DE FORÇA DA Perna DIREITA GRAU III, EDEMA E LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [    ] Não

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

**REALIZADO FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS ALTA EM JANEIRO 2019**

**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 do membro inferior direito**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**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 (\*).

( ) "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 (Sequela):

**Membro inferior direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

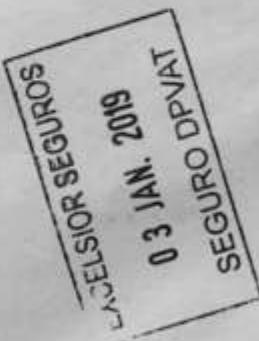
**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 07/01/2019. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU LEVE. CONDUTA MANTIDA**



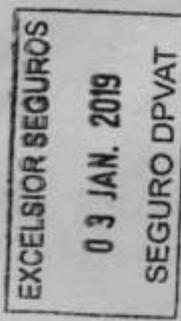
Ebenone Antonio da Silva - CRM: 15122 - PE

REMETENTE = ANTONIO P. FELHO  
END: TV. MANOEL SANTANA N° 56  
CIDADE = FLORES-PE. CEP. 56.850.00



(ENQUETE DO CARMELO ME)

DESTINATARIO = CIA - EXCELSIOR DE SEGUROS  
DIA = AVENIDA MARQUES DE GLINDA N° 175 RECIFE - PE  
P = 50.030-000

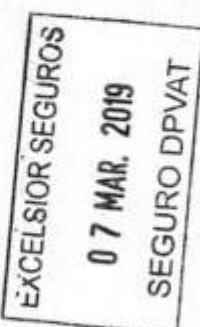


# DECLARAÇÃO

N. Seguradora Sider

Eu, José Noval de Araújo, Portador do CPF nº  
Nº 100.755.261-68 sinistro 3190011807 residente  
no sítio náo doce da srua N° 130 cananéia  
Triunfo - PE CEP. 56.870-000

Venho por meio destas pedir a seguradora  
Sider um novo reanálise do meu pedido  
de indenização, que seja marcada uma  
Pericia para que seja provado o meu  
grau de invalidez, Pois não concordo  
com o valor que foi me pago, sem  
Pericia médica, segue laudo médico  
definitivo anexado a esta declaração



Triunfo 01/03/2019

\* José Noval de Araújo

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190011807      **Cidade:** Flores      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE NOVAL DE ARAUJO      **Data do acidente:** 20/09/2018      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA

**Descrição do exame** AO EXAME APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, HIPOTROFIA E REDUÇÃO DE FORÇA DA Perna DIREITA GRAU III,  
**físico:** EDEMA E LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS ALTA EM JANEIRO 2019

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/03/2019

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 07/01/2019. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU LEVE. CONDUTA MANTIDA

## 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190011807      **Cidade:** Flores      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE NOVAL DE ARAUJO      **Data do acidente:** 20/09/2018      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 07/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: JOSE NOVAL DE ARAUJO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Identidade: 1.155.116

CPF: 100.755.264-68

Profissão: RECUISO

Endereço: ST. SAO JORAO DA LUC N° 130 TRIUNFO-PE

CEP: 56.870-000

Telefone: (81) 9935-5533

EXCELSIOR SEGUROS

03 JAN. 2019

SEGURO DPVAT

### OUTORGADO:

Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Identidade: 2999873 SSP-PE

CPF: 452.545.084-34

Profissão: RECUISO

Endereço: TV MANOEL SANTANA N: 56

CEP: 56.850-000

Telefone: (81) 9935-5533

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo estabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: JOSE NOVAL DE ARAUJO

FLORES - PE - 19/12/2018

Local e data

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

TABELIONATO ÚNICO DE FLORES

Serviço Notarial, Procuras de Testeiro, Representações, Títulos, Documentos e Peças Jurídicas  
Rua Antônio Coimbra, Centro, Fones: (81) 3857-1226 / (81) 3857-1225

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) JOSE NOVAL DE ARAUJO.....

Dou fe. FLORES, sexta-feira, 9 de novembro de 2018 - 09:44h

Em Testemunho da verdade.

MARIA CECILIA VIEIRA KRUEGER ESCREVENTE.....

Total: R\$ 4,79 Ao Cartório: R\$ 3,59 - TSNR: R\$ 0,80

R\$ 0,40 - Total: R\$ 4,79.....

Salvo/c/c: 0074977.HFWWW201802.00219.....

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003421/19

Número do Sinistro: 3190011807

Vítima: JOSE NOVAL DE ARAUJO

Data do acidente: 20/09/2018

CPF: 100.755.264-68

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE NOVAL DE ARAUJO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 07/03/2019

Data do cadastramento: 07/03/2019

Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 452.545.084-34

CPF: 102.869.074-61

\_\_\_\_\_  
ANTONIO PEREIRA FILHO

\_\_\_\_\_  
RAIANNE SILVA BARBOSA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 04 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190011807**      **Vítima: JOSE NOVAL DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 20/09/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE NOVAL DE ARAUJO**

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](http://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, 14 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190011807**

**Vítima: JOSE NOVAL DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 20/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), JOSE NOVAL DE ARAUJO**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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, 29 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190011807** Vítima: JOSE NOVAL DE ARAUJO

**Data do Acidente: 20/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE NOVAL DE ARAUJO**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE NOVAL DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001060-X

Conta: 000010017885-5

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190011807**

**Vítima: JOSE NOVAL DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 20/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO 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, 19 de Março de 2019

Aos Cuidados de: **JOSE NOVAL DE ARAUJO**

Nº Sinistro: **3190011807**

**JOSE NOVAL DE ARAUJO**

Data do Acidente: **20/09/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO PEREIRA FILHO**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190011807**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

