

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:

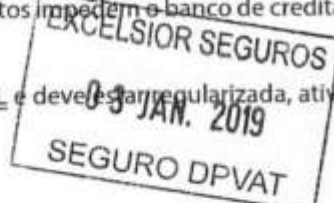
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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 100.755.264-68	Nome completo da vítima JOSE NOVAL DE ARAUJO
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE NOVAL DE ARAUJO		CPF titular da conta 100.755.264-68	Profissão RECUSO
Endereço ST. SÃO JOÃO DA LUZ		Número 130	Complemento CAIA
Bairro ZONA RURAL	Cidade TRIUNFO	Estado PE	CEP 56.870-000
Email TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD) 87-4935-5533

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			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRASESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO <input type="text"/> BANCO DO BRASIL <input type="text"/> 001	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 1060 <input checked="" type="checkbox"/>	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 17.885 <input type="text"/> 3	

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

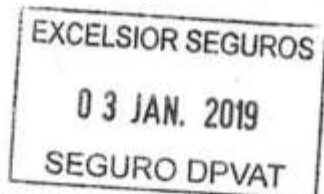
Jose Noval de Araujo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ASL-003421/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES -
DP179ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0269000493

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

Complementa o BO Número: 18E0269000492

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu 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 SÍTIO 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 Mãe: **MARIA PEREIRA LEAL** Pai: **MANUEL ALBINO DE ARAUJO** Data de Nascimento: **20/12/1958**
Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1185118/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, SÍTIO JOÃO DA LUZ - CEP: 54000-000** - Bairro: **CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL, SÍTIO OITOGICA**

FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **DAMIANA BATISTA DE ARAUJO** Pai: **JOSE NOVAL DE ARAUJO** Data de Nascimento: **8/3/1985** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7380452/SDS/PE (RG), 06135231480 (CPF), 03717554580 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**

Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **87999125072**

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

**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: **PCC6246** (PERNAMBUCO/FLORES) Renavam: **105023495** Chassi: **9C2KC1630FR202895**
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 320, VINDO DO SÍTIO ONDE RESIDE COM DESTINO A CIDADE DE FLORES, CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, TRAZEDO COMO PASSAGEIRO O SEU PAI O SR. JOSÉ NOVAL DE ARAUJO, 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

+ José Noval de Araújo
JOSE NOVAL DE ARAUJO
(VITIMA)

FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO
(VITIMA)

Francisco Reginaldo Batista de Araujo.

B.O. registrado por: **JAIR JOSÉ DE LIMA - MAT. 320.525-1 - Matrícula: 320525-1**





PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo municipal de Saúde

Unidade Mista genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

EXCELSIOR SEGUROS

03 JAN. 2019

SEGURO DPVAT

Data e Hora:	20.09.2018 às 10:22h5	Nº. Ocorrência	12
Nome:	João Nival de Araújo	Data Nascimento:	20/12/1950
Profissão:		Sexo	M
Fone:		SUS:	709 6038 7194 3478
End:	Sítio Otigica	Doc. Ident:	
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 de Acidente com Motocicleta,
Quilombo. Dor em MIO; do OMC,
Rt Costal, Lote; Eravélio, 5/ out
Quilombo.

Tratamento

Encaminhado a/ avaliação de traumatologia.

Impressão Diagnóstica:

Fx?

Destino do Paciente

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às

horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Lauro Ferreira dos Santos Neto
Médico
CRM-PE 24842

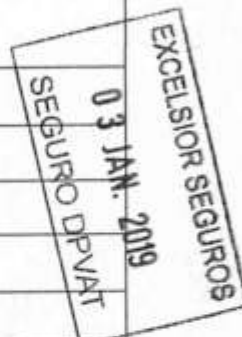
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE NOVAL DE ARAUJO,

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>TOINHODERMELIA@HOTMAIL.COM</u>



Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Jose Noval de Araujo

© 2005 The Authors
Journal compilation © 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 258: 445–454

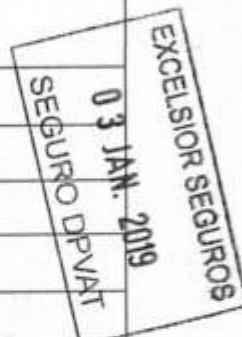
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE NOVAL DE ARAUJO,

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>TOINHODERMELIA@HOTMAIL.COM</u>



Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Jose Noval de Araujo

© 2005 The Authors
Journal compilation © 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 258: 445–454

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 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 COAF²**.

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

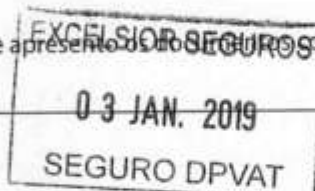
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu 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 INVALIDEZ 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

☒ 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>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>TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM</u>			<u>87-9935-5533</u>

FLORES-PE-19 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

Antonio P. Filho
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 1/1/,Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 066.358.314-80, com domicílio na cidade de FLORES, no Estado dePE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)SÍTIO SÃO JOÃO DA LUZ, nº 130,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 JOSÉ NAVAL DE ARAUJO, cujo o condutor eraFRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJOVeículo: MOTOModelo: HONDA/CG 150 FAN RSDIAno: 2015 MOD 2015Placa: PCC 6245Chassi: 9C2KC1680FR208895Data do Acidente: 20/09/2018Local e Data: FLORES-PE 19/12/2018Francisco Reginaldo Batista de Araujo
Assinatura do DeclaranteFrancisco Reginaldo Batista de Araujo

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

TABELIONATO ÚNICO DE FLORES
Serviço Notarial, Processo de Títulos, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Processo Jurídico
Rua Antônio Clemente Dória, 5 - Centro - Flores/PE - CEP: 55600-000 - Fone: (81) 3807-1255
Rua George de Fritches Ferreira - Interior

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 Testemunho da verdade...
MARIA CECILIA VIEIRA KLUSSER - ESCRIVENTE...
Total: 4,79 Ao Cartório: R\$ 3,59 - TSNR: R\$ 0,80
R\$ 0,40 - Total: R\$ 4,79
Selo(s): 0076927.LZ010201802.00220-...
Canceleite autenticidade em: www.tps.jus.br/tabela/guia

Maria Cecília Vieira Kluesser
Escrivente

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 a liberação do crédito e o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e dev. 1.7 JAN. 2019 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: 100.755.264-68 Nome completo da vítima: JOSE NOVAL DE ARAUJO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>JOSE NOVAL DE ARAUJO</u>		CPF titular da conta <u>100.755.264-68</u>	Profissão <u>RECUSO</u>
Endereço <u>ST. SÃO JOÃO DA LUZ</u>		Número <u>130</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>ZONA RURAL</u>	Cidade <u>TRIUNFO</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.870-000</u>
Email <u>TOINHODERMELIA@HOTMAIL.COM</u>			Telefone (DDD) <u>87-4935-5533</u>

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			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <u>1060</u> D/V <input checked="" type="checkbox"/>	CONTA NRO. <u>14885</u> D/V <u>3</u>	BANCO Nome _____ NRO. _____	AGÊNCIA 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.

FLORES-PE 17 de junho de 2019
Local Data

José Noval de Araújo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo municipal de Saúde

Unidade Mista genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

EXCELSIOR SEGUROS

03 JAN. 2019

SEGURO DPVAT

Data e Hora:	20.09.2018 às 10:22h5	Nº. Ocorrência	12
Nome:	José Nival de Araújo	Data Nascimento:	20/12/1950
Profissão:		Sexo	M
Fone:		SUS:	709 6038 7194 3478
End:	Sítio Oficinal	Doc. Ident:	
Responsável:			

Tipo de Atendimento:

Acidente de Trânsito ☒

Acidente de Trabalho ☐

Agressão ☐

Consulta ☐

Pressão Arterial: HGT: Pulso: Temp: Peso

Histórico e Exame Físico:

Pct vítima de acidente de motocicleta,
Quilombo, Dm em MIO; do crime,
Rt Estável, Lote; Gravidade, 5/ out
Quilombo.

Tratamento

Encaminhado a/ avaliação de traumatologia.

Impressão Diagnóstica:

Fx?

Destino do Paciente

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às

horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Lauro Ferreira dos Santos Neto
Médico
CRM-PE 24842



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

Secretaria
de Saúde
Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

REALIZAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

2 - CNE5

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

Traxina em p/ma @
Apos cirurgia de motorizada.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRACT. DE P/MA @

22 - CID-PRINCIPAL

M.84 - Q.

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID-10 SECUNDÁRIO

25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTE. DE P/MA @

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

04.08.05 0870

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. F. F. Silva
Ortopedia

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

20/09/2018

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Francisco Anselmo Magalhães
CPF: 123.456.789-00
CRM: 3362

CRM-15.122 PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() OSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - ÓRGÃO EMISSOR

261810709839-8

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

MOTIVO DA ALTA: melhora

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Urgência

DATA DA INTERNAÇÃO: 20.09.18

DATA DA ALTA: 22.09.18

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO

Dr. Roberto Meira Barros
Médico Autorizador

CREMEP: 8.600

CPF: 435.410.874-00

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silveira, 500 - Jd. A. A. - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (81) 3341-7141 - (81) 3341-7142 - CEP: 55.000-000
CNPJ: 07.095.503/0001-59 - e-mail: hospital@hospitalfrancisco.com.br

CLÍNICA

CIRURGICA

Atendimento: 20/09/2018

Prontuário: 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: PARDA

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: AGRICULTOR

Naturalidade:

Nacionalidade:

Filiação Pat: MANUEL ALBINO DE ARAUJO

Mãe: MARIA PEREIRA LEAL

Endereço: JOSE ALVES DA SILVEIRA

Nº 125

Bairro: CENTRO

Cidade: SERRA TALHADA

Estado: PE

Telefone: 87-996006322

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito []

Acidente de Trabalho []

Outros Acidentes []

Agressão []

Suicídio []

Casual []

Outros []

Nome do Acompanhante:

Telefone para Contato:

Endereço:

Lugar da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

Tumor em Pernas @
Adesão com os metacarpos

Diagnóstico Inicial:

F.U.A.T. de Pernas @

S.A.D.T.

Diagnóstico Final

O tumor.

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada [x]

Decisão Médica [x]

Inalterado []

Alta a Pedido []

Piorado []

Transferência []

Óbito+48h []

Evasão []

Óbito-48h []

Indisciplina []

Óbito em

Hora:

Data do Internamento: 20/09/2018

Data da Alta: 22/09/18

Dr. Edson A. Silva
Ortopedia e Traumatologia

Médico Responsável

Nº do Procedimento:

Início:

Término:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Atestista:

INDICAÇÃO CIRÚRGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- ACESSO AUTOM

01 PUNTA em "T" 4.5

07 PUNTA extirp.

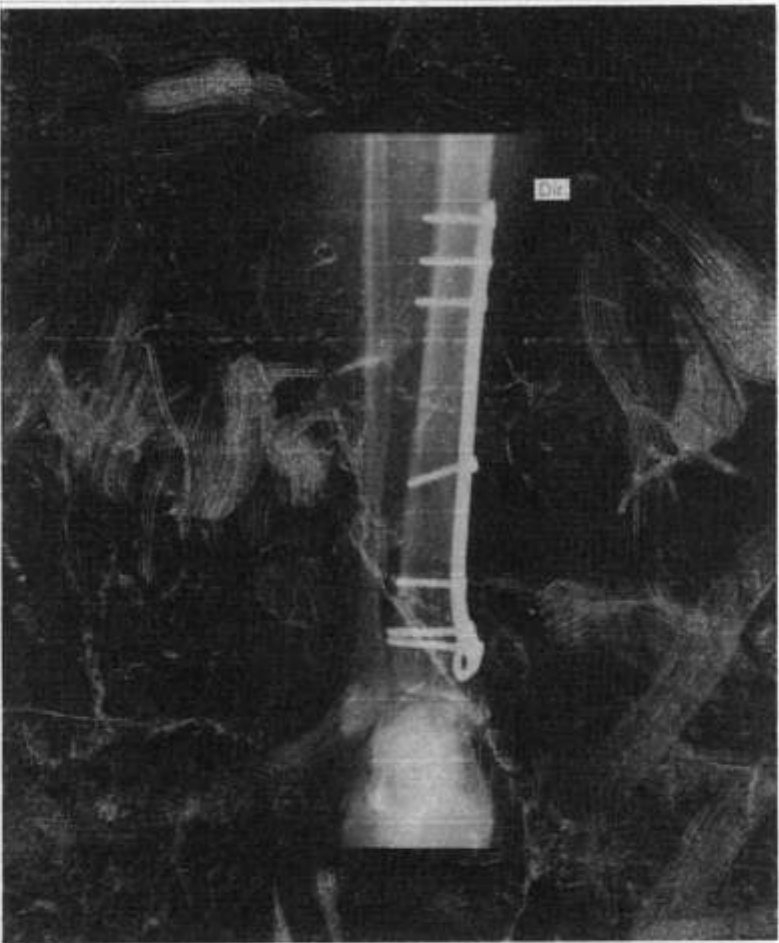
- SUMO.

Edenone A. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15.122

Assinatura do Cirurgião

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

JOSE NOVAL DE ARAUJO, , ,
28/09/2018
CR 28/09/2018
Fot. 17/09/2018



CR - Centro de Experimentación Agrícola
Fot. 17/09/2018
Fot. 17/09/2018
Fot. 17/09/2018

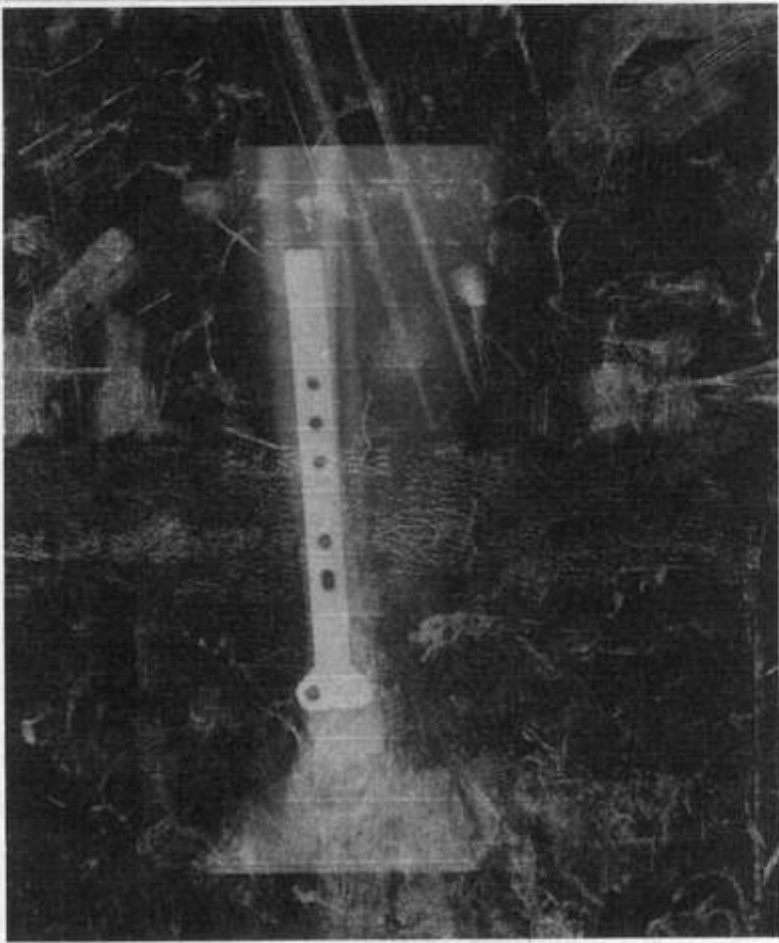
EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

4cm

EXCELSIOR SEGUROS

EXCELSIOR SEGUROS
Fot. 17/09/2018
Fot. 17/09/2018
Fot. 17/09/2018

JOSE NOVAL DE ARAUJO, , ,
28/09/2018
CR 28/09/2018
Fot. 17/09/2018



CR - Centro de Experimentación Agrícola
Fot. 17/09/2018
Fot. 17/09/2018
Fot. 17/09/2018

4cm

EXCELSIOR SEGUROS

EXCELSIOR SEGUROS
Fot. 17/09/2018
Fot. 17/09/2018
Fot. 17/09/2018

-CEM

OSSE NOVAL DE ARAUJO.
SEX: F350
Data de nascimento: 19/10/2018
O PAT00712

212

Data de aquis: 19/10/2018
Hora de aquis: 08:57:14
Indice de exp: 2120

OSSE NOVAL DE ARAUJO.
SEX: F350
Data de nascimento: 19/10/2018
O PAT00712

Data de aquis: 19/10/2018
Hora de aquis: 08:59:15
Indice de exp: 2167

Reim

Reim

400

EXPANS 0.56

FIBULA 1.8
LATERAL
W 32.44 1.1
ID de identificação

400

EXPANS 0.70

CÉDULA DE IDENTIDADE

73

JOSE NOVAL DE ARAUJO

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 1.155.116

NOME JOSE NOVAL DE ARAUJO

PAI Manuel Albina de Araujo e
MATER Maria Pereira Leal

Triunfo-Pernambuco 20 dezembro 1950

NATURALIDADE DATA DO NASCIMENTO

16 agosto 1973

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

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

SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013935909577
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COO. RENAVAM 1050234950 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME

FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE A

FLORES-PE

CPF / CNPJ

061.352.314-80

PLACA

PCC6245

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

9C2KC1680FR208895

ESPÉCIE TIPO

PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/CG150 FAN BDI

ANO FAB.

2015

ANO MOD.

2015

CAP / POT / CIL

2P/149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

1ª

FAIXA IPVA

1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

SEGURO PACO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

FLORES

LOCAL

DATA

10/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013935909577 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE A

RAUJO

56850-000

CASA FLORES-PE

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

EXCELSIOR SEGUROS

03 JAN. 2019

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

10/03/18

SEGURO DPVAT

VIA

1

PLACA

PCC6245

RENAVAM

1050234950

MARCA / MODELO

HONDA/CG150 FAN BDI

ANO FAB.

2015

DATA

09

Nº CHASSI

9C2KC1680FR208895

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO PACO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.800/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

NÃO É DE PORTA OBRIGATORIO.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO



DOC IDENTIDADE / CNH DENOMINAR / UF

7350432 SDE PE

CPF

061.352.314-80

DATA NASCIMENTO

06/03/1985

PLACAS

JOSE ROVAL DE ARAUJO

DAMIANA BATISTA DE

ARAUJO

PERMISSÃO

ACC

CAT HNB

AB

INSCRIÇÃO

03717554880

VALIDADE

21/01/2021

PRORROGAÇÃO

31/10/2005

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÕES

Francisco Reginaldo Batista de Araujo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO

21/01/2016

ASSINATURA DO FISCAL

18784757481

PROT0905288

DETRAN - PE/PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODA
O TERRITÓRIO NACIONAL
1220000596

PRIMEIRA PLASTIFICADA
1220000596

**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. FILHO
END: TV. MANOEL SANTANA Nº 56
CIDADE = FLORES-PE, CEP. 56.850-000

CANCELADOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

(ETIQUETA DO CARIMBO MP)

DESTINATARIO: CIA-EXCELSIOR DE SEGUROS
CALLE: AVENIDA MARQUES DE OLINDA Nº 175 RECIFE - PE
CEP: 50.030-000

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

Correios		REGISTRADO URGENTE	15	PESO (kg)
		registered priority	X	AR MP
Receptor	Doc.			
Assinatura				
JT 88101987 1 BR				
				

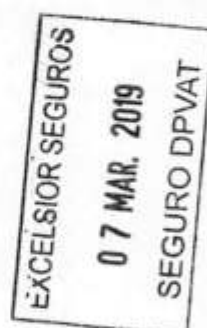
27 DEZ 2018
DR-PE

DECLARAÇÃO

A, Seguradora Sider

Eu, José noval de Araujo, Portador do CPF de
Nº 100.755.264-68 sinistro 3190011807 residente
no sítio não doas da Luz Nº 130 camã
Triunfo - PE CEP. 56.870-000

Venho Por meio desta pedir a seguradora
Sider um novo reanálise do meu pedido
de indenização, que seja marcado uma
perícia para que seja provado o meu
Grau de invalidez, Pois não concordo
com o valor que foi me pago, sem
Perícia médica, segue laudo médico
definitivo anexado a esta declaração



Triunfo 01/03/2019

• José noval de Araujo

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 físico: 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

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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: RECUZO

Endereço: ST. SAO JOAO DA LUZ Nº 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: RECUZO

Endereço: TV MANOEL SANTANA Nº 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 substabelecer 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

JOSE NOVAL DE ARAUJO

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

TABELIONATO ÚNICO DE FLORES

Serviço Notarial, Protocolo de Títulos, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas

Rua Antônio Clemente Cruz, 9 - Centro - Flores/PE - CEP: 56800-000 - Fone: (81) 9657-1225

Endereço: Rua Gomes de Faria, 100 - FLORES

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 KUEBER - ESCRIVENTE

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

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

Salto: 0074977-HE/10201802-00219

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003421/19

Número do Sinistro: 3190011807

Vítima: JOSE NOVAL DE ARAUJO

CPF: 100.755.264-68

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 20/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE NOVAL DE ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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: 07/03/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

ANTONIO PEREIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/03/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

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

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



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, retorne 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.

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, 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.seguradoralider.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

Carta nº 14075105

