

**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

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO MARCOS LAURENTINO** Sinistro: **3170294745** Data: **24/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MANOEL PEREIRA LINS, 28 - SÃO CRISTOVÃO - Serra Talhada - PE - CEP 56900-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds /PE**] **7359511**

Data local do exame: [**28/06/2017**] **Brejo Santo** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Trauma em coxa esquerda com fratura segmentada e cominutiva da diáfise do fêmur. Ao exame vítima apresenta marcha claudicante, encurtamento de 3 cm do membro inferior esquerdo por conta da fratura do fêmur, diminuição da força com limitação da flexão do joelho de 0° a 28° e hipotrofia muscular.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Tratamento cirúrgico com fixação de placa e parafusos. Vítima refere que realizou 3 meses de fisioterapia.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Ricardo de Araujo Leite
CRM: 4507 - CE

Ricardo de Araujo Leite - CRM: 4507 - CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170294745 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS LAURENTINO **Data do acidente:** 24/12/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME MEDICO PERICIAL - Analista não identificou (QUANTIFICOU) sequela através dos documentos anexados

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

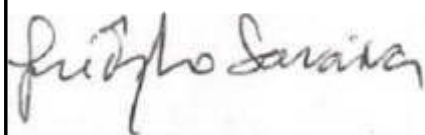
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Outros



De:

PAULA DANIELA.

RUA AGOSTINHO NUNES
MAGALHÃES N 152 SALA 04

CENTRO, SERRA TALHADA-PE

CEP: 56903510

TEL: 87 996138147

EXCELSIOR SEGUROS

29 MAI 2017

SEGURO DPVAT.

Pena!

29.05.2017

DADES



Excelior Seguros - Matriz | CNPJ
33.054.826/0001-92
Av. Marquês de Olinda, nº 175, Recife
Antigo - Recife - PE
Fone/Fax: (81) 3087-9200 /
(81) 3087-9262
Email:

50030-000

EXCELSIOR SEGUROS
29 MAI 2017
SEGURO.DPVAT

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.359.511 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/08/2003

NOME << ANTONIO MARCOS LAURENTINO >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO LAURENTINO FILHO >>
<< IRACEMA MARIA LAURENTINO >>

NATURALIDADE SERRA TALHADA PE DATA DE NASCIMENTO 04/04/1977

DOC. DIRIGEN << CNL 2.785 LA24 A.F. 08V CART 5º DIST SERRA TALHADA-PE.10/02/1983 >>

CPF

LEI Nº 7.116 DE 2008

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
032.749.794-73

Nome
ANTONIO MARCOS LAURENTINO

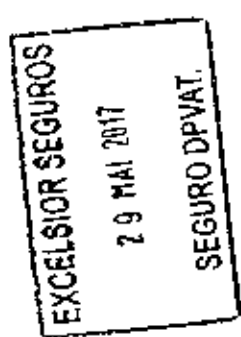
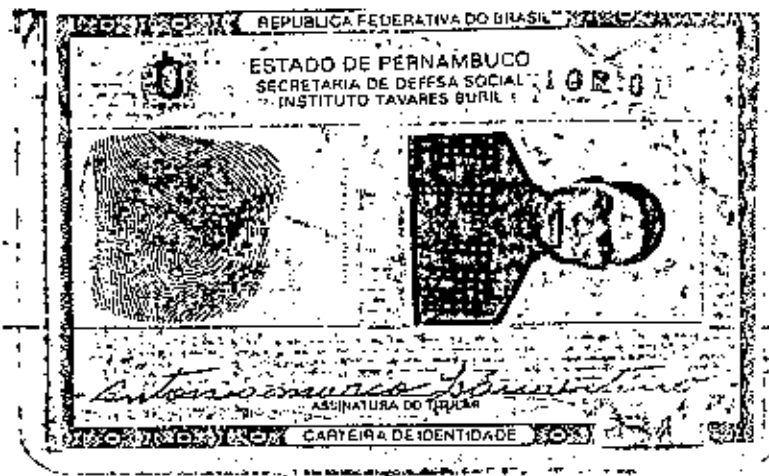
Nascimento
04/04/1977

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

EXCELSIOR SEGUROS

29 MAI 2017

SEGURO DPVAT





DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

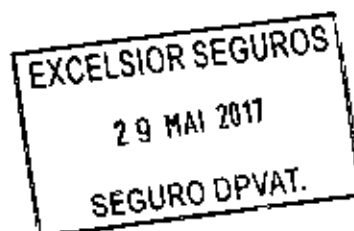
Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA, portador(a) do
RG nº 021.368.554-00, expedido por DETRAN - PE, em
25/09/2013, CPF/CNPJ nº 028.475.324-29,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) ANTÔNIO MARCOS LAURENTINO do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima ANTÔNIO MARCOS LAURENTINO, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR

George Carlos Melo Lima
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GEORGE CARLOS MELO LIMA

CNH

RG nº 021.36855400, data de expedição 25/09/13, Órgão DETRAN-PECPF nº 008.475.32429, venho perante a este instrumento declarar que não~~posso, comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido~~

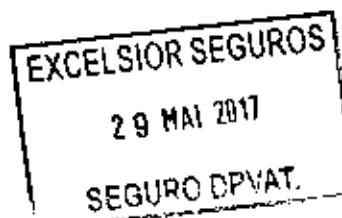
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>
Número	<u>573</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>
Cidade	<u>SERRA TALHADA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>56.903.220</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9.9998.1477 / 98878-5033</u>
E-mail	<u>gmgseguros@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SERRA-TALHADA-PE maio 19-2017

Assinatura do Declarante:

George Carlos Melo Lima



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 28/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.815.932/01-08 | Ins. Est. 0002943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOMÉ DE SOUZA 573

CPF: 285.442.044-91

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
59803-220

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Horário Fixo

CONTA CONTINUA	DATA DE VENCIMENTO
3300133025	05/2017
DATA DE CANCELAMENTO	DATA DE EXPIRAÇÃO
01/06/2017	07/06/2017
VALOR A PAGAR (R\$)	127,97

000987345	UNICA	08/05/2017
08/05/2017	2000530115	3880341

DESCRIÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	185,0000000	0,57421812	84,74
Acrescimo Bandeira VERMELHA			7,05
Contribuição Iluminação Pública			7,99
ICMS Subvenção CDE-NF 000787474-08/03/17			0,78
Multa por atraso NF 000787474-08/03/17			2,14
Juros por atraso NF 000787474-08/03/17			0,28
Outros APAE - 0800 722 2722			15,00

TOTAL DA FATURA

127,97

PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	QUANTIDADE	CONSUMO (kWh)
10/16	CAI	01/04/2017	3.113,00	3.278,00	32	105,00

PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	QUANTIDADE	CONSUMO (kWh)
10/16	CAI	01/04/2017	3.113,00	3.278,00	32	105,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A partir de 2014, todos os clientes da CELPE devem pagar a taxa de 0,5% sobre o valor da fatura, para custear o sistema de distribuição de energia elétrica. Esta taxa é cobrada em nome do Estado de Pernambuco, e é destinada ao Fundo de Manutenção e Investimentos do Estado (FUNDEM).
O cliente é responsável por verificar o valor da taxa de 0,5% sobre o valor da fatura, e se este valor está correto, deve assinar a fatura. Se o cliente não assinar a fatura, o valor da taxa de 0,5% sobre o valor da fatura será considerado incorreto, e o cliente será obrigado a pagar o valor da taxa de 0,5% sobre o valor da fatura, mais o valor da multa por atraso.

PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	QUANTIDADE	CONSUMO (kWh)
10/16	CAI	01/04/2017	3.113,00	3.278,00	32	105,00

PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	QUANTIDADE	CONSUMO (kWh)
10/16	CAI	01/04/2017	3.113,00	3.278,00	32	105,00

CONTA CONTINUA MÊS/MO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
3300133025 05/2017 01/06/2017 127,97

83880000001-1 27970011001-9 13013302510-0 07544785783-8

EXCELSIOR SEGUROS
29 MAI 2017
SEGURO DPVAT.

Comprovante de residência



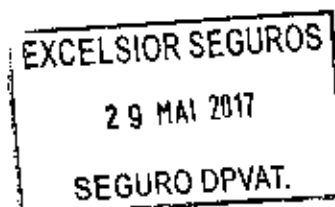
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO MARCOS LAURENTINORG nº 4.259.511, data de expedição 18/06/03, Órgão SOS

CPF nº 032.749.484-8 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>R. Manoel Pereira Lima</u>
Número	<u>Nº 28</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>São Cristóvão</u>
Cidade	<u>Serra Talhada</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>56900-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada - PE 25/05/2017Assinatura do Declarante: Antonio Marcos Laurentino

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

ATENDIMENTO: RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA - NUM. - 00882 - NO
SSA SRA DA PENHA SERRA TALHADA PE 56903-490

COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SÃO PAULO - COMPESA
MATRÍCULA: 23584323 NOV/2016
JOSE BATISTA DA SILVA
R MANOEL PEREIRA LINS, N. 00078 - SAO CRISTOVAO SERRA TALHADA
PE 56903-000
INSCRIÇÃO: 139-836-116-0002-000-GR-00-5-DEB-AUTOMATICO-023584323
SITUAÇÃO: RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICA
LIGADO: DATA LEIT ANTERIOR: 28/10/2016 DATA LEIT ATUAL: 28/11/2016 TIPO DE CONSUMO (AVE): MEDIA-HD
A110225036

AGUA:
LEIT ANT: 243 CONSUMO: 4
LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA M
LEIT FAT: 247

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

10/2016 03
09/2016 10
08/2016 02
07/2016 04
06/2016 02
05/2016 00
MEDIA: 04

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. HS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	70	70	70
COR APARENTE	70	70	70
CLORO RESIDUAL	70	70	70
COLIF. TOTALS [E. COLI]	70	70	70

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	4 M3	37,25
CONSUMO DE AGUA		

MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2016

0,74

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	4 M3	37,25
CONSUMO DE AGUA		

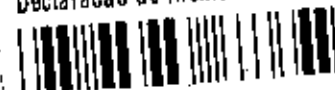
VENCIMENTO: 08/12/2016 TOTAL A PAGAR: 37,99

MENSAGEM:
EM 31/10/2016, REGISTRAMOS QUE V.SA.
ESTAVA EM DEBITO COM A COMPESA. CASO
JA O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

EXCELSIOR SEGUROS
29. MAI 2017
SEGURO DPVAT.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, ANTONIO MARCOS LAURENTINO, portador da carteira de identidade nº 4.859.511 e inscrito no CPF/MF sob o nº 032.749.794-73, residente e domiciliado na Rua Manoel Pereira Lima Nº 28, Cidade Serra Talhada, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antonio Marcos Laurentino.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Serra Talhada - PE 25/05/2017

Local e data





HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

A+0

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 51.

→ Data e Hora: 27/12/16 12:12 Data Nasc: 04/04/77

Nome: Antonio Marcos Aguiar Lima Mãe: Luciana Nova Aguiar Lima

Profissão: Desempregado Sexo: M Estado Civil: Solteiro Escolaridade: 3ª Série

Responsável: End. do Paciente: Bairro: Cidade Município: Serra Talhada - PE Fone: 359.511-16

Cartão SUS: Tipo de Atendimento: ☒ Acidente de Trânsito ☐ Agressão ☐ Acidente de Trabalho

Raça/Cor: ☐ Branco ☐ Amarelo ☒ Pardo ☐ Indígena

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Peso:

História e Exame Físico:

Trauma da face direita

(R)

Tratamento:

→ Trauma

→ Presc

EXCELSIOR SEGUROS
29 MAI 2017
SEGURO DPVAT

Impressão Diagnóstica: fratura da face

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☒ Transferido ☐

Removido para Hospital: Óbito às: hz do dia

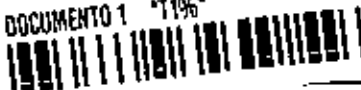
Médico - Carimbo e CRM: 22.15.122



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAM.

DOCUMENTO 1 "T196"



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ANTONIO MARCOS LAURENTINOPORTADOR(A) DO RG Nº 4.209.511 EXPEDIDO POR SOS EM 18/02/08 ECPF 036.414.000-03 / CNPJ 00.000.000/0001-01, PROFISSÃO ELETRICISTAE RENDA MENSAL DE R\$ 2.500,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIO MARCOS LAURENTINO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a consultar o cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, obrigatoriamente, documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo mencionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou SMário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0641 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000.25.686-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

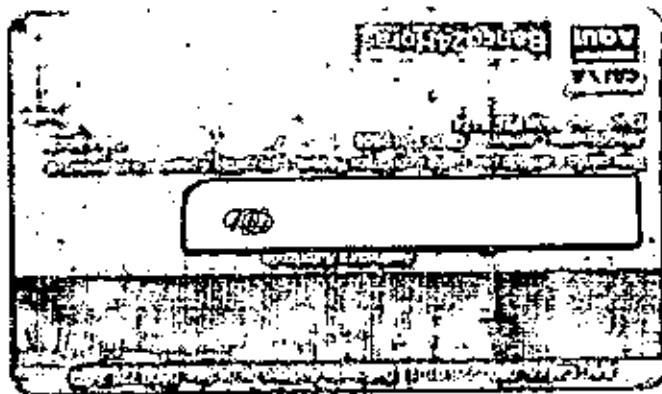
Serra Talhada - PE de 23/05/2012
LOCAL E DATA

Antonio Marcos Laurentino
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradoraonline.com.br ou ligue para a SAC DPVAT 0800-0221204.

EXCELSIOR SEGUROS
13 JUN 2017
SEGURO DPVAT.



Boletim de ocorrência



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0267001712**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/05/2017 às 08:51****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **24/12/2016 às 08:00**Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO PRA EFEITO DE SEGURO**Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE-365, 1, RODOVIA PE-360 / ZONA RURAL - Bairro:****CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / RODOVIA PE-365**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)

RIKISON MAX PEREIRA SOARES (OUTRO)

ANTONIO MARCOS LAURENTINO (VÍTIMA)

EXCELSIOR SEGUROS**29 MAI 2017****SEGURO DPVAT.**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS LAURENTINO****Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**

ANTONIO MARCOS LAURENTINO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRACEMA MARIA LAURENTINO Pai: SEBASTIÃO LAURENTINO FILHO Data de Nascimento: 4/4/1977 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7359511/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ELETRICISTA Endereço Residencial: RUA MANOEL PEREIRA LINS, 28, BECO DO VIDEL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL

RIKISON MAX PEREIRA SOARES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): RIKISON MAX PEREIRA SOARES, que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO MARCOS LAURENTINO Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR Objeto apreendido: Não Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PCZ3467** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **105708731** Chassi: **9C2KD0800FR041595**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTOCICLETA NXR 160 BROS ESD**

Complemento / Observação

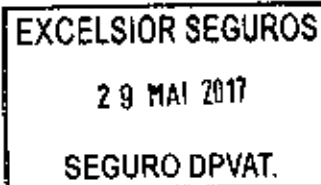
COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE , ANTONIO MARCOS LAURENTINO, PARA COMUNICAR O SEGUINTE ACIDENTE PARA EFEITO DE SEGURO: QUE O MESMO CONDUZIA MOTOCICLETA HONDA BROS DESCRITA NESTE REGISTRO PELA RODOVIA PE-365, FAZENDO O PERCURSO TRIUNFO / SERRA TALHADA E, QUANDO SE APROXIMAVA DA FAZENDA NOVA, AO DESVIAR DE UM BURACO QUE HAVIA NA REFERIDA RODOVIA , VEIO A PASSAR POR DENTRO DE UM OUTRO E COM ISSO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA QUE CONDUZIA , VINDO A CAIR DA RODOVIA. QUE, DEVIDO AO TOMBO ELE FICOU LESIONADO. QUE, LOGO EM SEGUIDA VINHA ATRÁS DELE NA MESMA RODOVIA UMA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE QUE FEZ O SOCORRO DA VÍTIMA PARA O HOSPAM, ONDE A MESMA RECEBU ATENDIMENTO DO MÉDICO PLANTONISTA, DR. EBENONE A. SILVA, CONFORME CÓPIA DO BOLETIM DE EMERGÊNCIA Nº 51, APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE. NADA MAIS, ENCERRO.

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

ANTONIO MARCOS LAURENTINO
(VITIMA)

Antonio Marcos Laurentino

B.O. registrado por: **IVANILDO SALVADOR DE MELO** - Matrícula: **2209411**





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

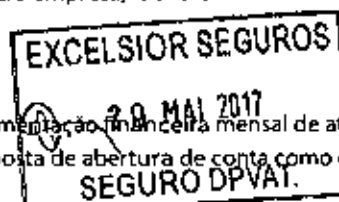
EU, ANTONIO MARCOS LAURENTINOPORTADOR(A) DO RG Nº 4.359.511 EXPEDIDO POR SOS EM 18/08/03 ECPF 082443494-43 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO ELETRICISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ 250,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIO MARCOS LAURENTINO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Serra Talhada - PE de 25/05/2017

LOCAL E DATA

Antonio Marcos Laurentino

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2017

Carta nº: 11197044

A/C: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Sinistro: 3170294745 ASL-0206093/17
Vítima: ANTONIO MARCOS LAURENTINO
Data Acidente: 24/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2017

Carta nº: 11071180

A/C: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170294745 ASL-0206093/17
Vítima: ANTONIO MARCOS LAURENTINO
Data Acidente: 24/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2017

Carta nº: 11071019

A/C: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170294745 ASL-0206093/17
Vitima: ANTONIO MARCOS LAURENTINO
Data Acidente: 24/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **29/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000025686-9

Nr. da Autenticação B5CE584C3AFF2D6C



Procuração

Outorgante(s):

Nome: ANTÔNIO MARCOS LAURENTINO
 R.G.: 7.359.511 C.P.F.: 032.749.794-73
 Endereço: MANOEL PEREIRA LINS N.º 28 S. CRISTOVÃO
 CEP: 56.903-490 Cidade/UF: SERRA TALHADA - PE

Outorgado(s):

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
 R.G.: 5840550 C.P.F.: 008.475.324-29
 Endereço: ANTÔNIO TÔME DE SOUZA N.º 573
 CEP: 56.903.220 Cidade/UF: SERRA TALHADA - PE

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

ANTÔNIO MARCOS LAURENTINO
 ocorrido na data em 24/12/16

Local: SERRA TALHADA PE Data: 23/05/17

Antônio Marcos Laurentino
 Assinatura do Outorgante

A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira.

