

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

58521348487

4 - Nome completo da vítima:

EDINOBSON DOS SANTOS FERNANDA

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

5 - Nome completo:

EDINOBSON DOS SANTOS FERNANDA

6 - CPF:

58521348487

7 - Profissão:

VIGILANTE

8 - Endereço:

RUA FREI MIGUELINHO

9 - Número:

299

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CRUZ DE REBOLCAS

12 - Cidade:

IGARASSU

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53625813

15 - E-mail:

(81) 9.8790-9451

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

08/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

58521348487

4 - Nome completo da vítima:

EDINOBSON DOS SANTOS FERREIRA

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

5 - Nome completo:

EDINOBSON DOS SANTOS FERREIRA

7 - Profissão:

VIGILANTE

8 - Endereço:

RUA FREI MIGUELIMHO

6 - CPF:

58521348487

9 - Número:

299

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CRUZ DE BRASILEIRAS

12 - Cidade:

IGARASSU

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53625813

15 - E-mail:

(81) 9.8790-9451

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1299

CONTA:

26068

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (em Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

08/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PRF

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 20029970801



Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o site: [www.prf.gov.br/novobat](http://www.prf.gov.br/novobat)  
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um  
dos envolvidos no acidente; e Clique em Imprimir.



**Atenção:** As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LEONE SILVA, matrícula 2252184, Polícia Rodoviária Federal, em 28/06/2020, conforme Portal Oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.280-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.639, de 8 de outubro de 2015 e no inciso b do Anexo IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20029970801 e o número do controle DA83E7B377C2370463/A923C7244F9.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20029970B01

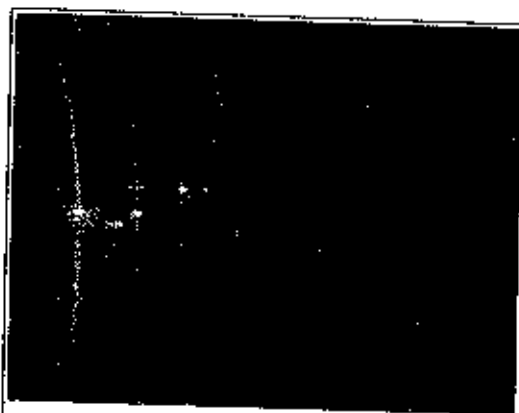
INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 23/06/2020 Hora: 21:10 Município: MORENO/PE  
BR: 232 KM: 24,0 Sentido: Crescente  
Policial responsável pelo atendimento: LEONE SILVA, 2202184

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

<<Introdução>> No dia 23/06/2020, por volta das 21h10, no km 24 da BR- 232, em Moreno-PE, ocorreu um acidente do tipo colisão com objeto estático, seguida de Tombamento, saída de leito carroçável e queda de ocupante de veículo, com 1(uma) vítima com lesão leve. O veículo envolvido foi a motonela JTA/SUZUKI AN125.

<<Conclusão>> Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que V1 ao tentar acessar a faixa de trânsito, sentido Caruaru-PE, colidiu sua carenagem inferior no pavimento da via(marcas na parte inferior do veículo e desnível do pavimento), fazendo com que o condutor perdesse o controle do veículo(marcas de atrito entre V1 e o pavimento - 5m), vindo a tombar(marcas na lateral de V1). Com o tombamento, V1 saiu do leito carroçável(local de objetos desprendidos de V1), onde seu condutor foi projetado(local de Imobilização do condutor). A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a colisão da parte inferior de V1 com o desnível no pavimento.<<Observações>> 1 - Na chegada da PRF, o condutor estava sendo socorrido pela equipe do SAMU/Moreno. 2 - V1 ficou sob responsabilidade do Sr. Jean Santos de Franca, CPF 035.154.294-92, amigo da vítima. 3 - Não foi possível realizar o teste de etilômetro no condutor de V1. O mesmo também não estava em condições de preencher o TDE. 4 - Na chegada da equipe ao local V1 já havia sido deslombada por populares. 5 - O limite de velocidade para a V1 é de 110 km/h.



Documento assinado eletronicamente por LEONE SILVA, matrícula 2202184, Polícia Rodoviária Federal, em 23/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movbox/autenticar>, informando o protocolo 20029970B01 e o número de controle DAA3E7B877C2373453AA923C7244C9.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20029970B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Ponto de colisão (lat: -8,108104 Long: -35,103256)

Condutor de V1

Velocidade máxima para VL 110km/h

Local parcialmente preservado

1. Trajetória de V1 após colisão com a via (Seta)

2. Tombamento de V1

3. Trajetória de V1 após tombamento (Seta)



RFCIFE-PE

CARUARU-PE

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão com objeto estático	V1
2	Tombamento	V1
3	Saída de leito carroçável	V1
4	Queda de ocupante de veículo	V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Desaceleração (m)	Ajuntamento (m)
1	V1			
2	V1			
3	V1			
4	V1			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comprometimento
---------------	-------------	-----------------



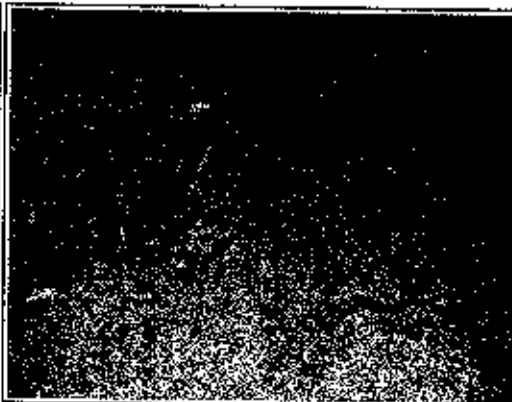
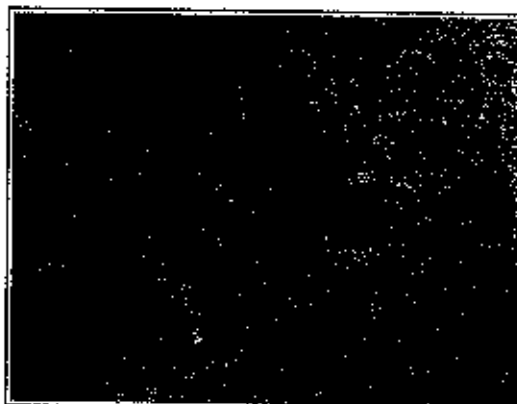
Documento assinado eletronicamente por LEONE SILVA, matrícula 2202164, Polícia Rodoviária Federal, em 29/06/2020, conforme função pública de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2016 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-36, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoprotocolo/verificar> informando o protocolo 20029970B01 e o número de controle DA83E7877C2370462AA923C7244F6.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20029970B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - ECF8525 - MOTONETA

V1 - Informações

Placa: ECF8525 Marca/modelo: JTA/SUZUKI AN125

Ano fabricação: 2008 Chassi: 9CDCF47AJ9M057937

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Entrando na via

Renavam: 00124208703

Tipo de veículo: Motoneta

Cor: Prata



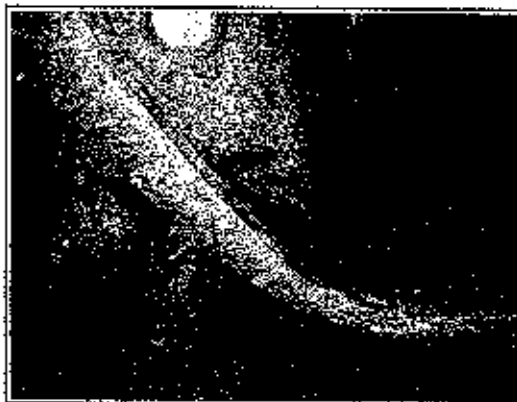
Documento assinado eletronicamente por LEONE SILVA, matrícula 2202164, Policial Rodoviário Federal, em 28/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2016 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2016.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/informacao/validacao>, informando o protocolo 20029970B01 e o número de controle DAB3E78377C2370453AA623C7244F6.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20029970B01

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por LEONE SILVA, matrícula 22021B1 - Policial Rodoviária Federal, em 28/05/2020, conforme legislação de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 9.639, de 8 de outubro de 2015 e no art. 1º do Decreto Nº 9.639, de 8 de outubro de 2015 e no art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2018.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pt.gov.br/bovotib/validar.asp>, informando o protocolo 20029970B01 e o número de controle DAB3E78377C3370463AA928C7244F7.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20029970B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / JTA/SUZUKI AM125

Placa: ECF8525

Nº BOAT: 20029970B01

Nome do Agente: LEONE SILVA

Matrícula do Agente: 2202184

Data: 23/06/2020

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	N/A
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LEONE SILVA, matrícula 2202184, Policial Rodoviário Federal, em 28/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 66-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/verifica-autenticidade>, informando o protocolo 20029970B01 e o número de controle DAB3E79377C2373453AA92AC724479.

191



**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
**PROTOCOLO Nº 20029970B01**

**V1 - Proprietário**

Nome: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

CPF/CNPJ: 585.213.484-87

Email:

Telefone:

Endereço: IGARASSU-PE

**V1C - CONDUTOR DE V1 - EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA**

**V1C - Informações**

Nome: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

Data de Nascimento: 09/10/1967

CPF: 585.213.484-87

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Morreu após remoção: Não

Usava capacete: Sim

**V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria: AB

Primeira habilitação: 07/01/2003

Nº Registro: 02687010450

UF: PE

Vencimento da habilitação: 01/02/2022

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 15

**V1C - Alterações da Capacidade Motora**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**V1C - Dados do Contato**

Endereço: RUA GIRASSOL, 0000000010, CS, JD MURIBECA, JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE

Telefone:

Email:



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LIZONE SILVA, matrícula 2202144, Polícia Rodoviária Federal, em 28/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.205-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no art. 1º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/navegar/autenticar>, informando o protocolo 20029970B01 e o número de controle BA83E7837C537D463AA923C7244F3.

**191**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

58521348487

4 - Nome completo da vítima:

EDINOBSON DOS SANTOS FERNANDA

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

5 - Nome completo:

EDINOBSON DOS SANTOS FERNANDA

6 - CPF:

58521348487

7 - Profissão:

VIGILANTE

8 - Endereço:

RUA FREI MIGUELINHO

9 - Número:

299

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CRUZ DE REBOLCAS

12 - Cidade:

IGARASSU

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53625813

15 - E-mail:

(81) 9.8790-9451

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

08/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1. Hora do chamado: 00:40h	2. Chegada ao local: 00:50h	3. Chegada a U.Hospitalar: h	4. Saída da U.Hospitalar: h
5. Motivo/Solicitação: Queda de moto			6. Data: 23/06/2020
7. Tipo de equipamento: <input type="checkbox"/> 1. USA <input checked="" type="checkbox"/> 2. USB <input type="checkbox"/> 3. Helicóptero <input type="checkbox"/> 4. Moto <input type="checkbox"/> 5. VIR	8. Origem do acionamento: Somu		
9. Médico regulador: Fabiana	10. Rádio operador: Alexandra		
11. Paciente: Edineilson dos Santos Ferreira	12. Solicitante: Wagner		
13. Data de nascimento: 09/10/1967	14. Idade: 52 anos	15. Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino	
16. Nome da mãe: Laurenete m <sup>te</sup> Ferreira			
17. Endereço do paciente: Frei Miguelinho			

18. Endereço:	19. Nº 299	20. Bairro: Cruz Belca
21. Município: Igaraçu	22. Referência:	
23. Local de ocorrência	24. Ocorrência relacionada ao trabalho	25. Tipo de atendimento
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Via Pública <input type="checkbox"/> 2. Domicílio <input type="checkbox"/> 3. Trabalho	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Clínico <input type="checkbox"/> 2. Causa externa <input type="checkbox"/> 3. Psiquiátrico <input type="checkbox"/> 4. Obstétrico <input type="checkbox"/> 5. Pediátrico <input type="checkbox"/> 6. Trote <input type="checkbox"/> 7. Cancelada/Removido antes <input type="checkbox"/> 8. Remoção/Senha: Unidade Solicitante:

26. Tipo de vítima	27. Meio de locomoção da vítima	28. Mecanismo do trauma
<input type="checkbox"/> 1. Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2. Condutor <input type="checkbox"/> 3. Passageiro <input type="checkbox"/> 4. Pessoa conduzida em local inadequado	<input type="checkbox"/> 1. Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 2. Moto <input type="checkbox"/> 3. A pé <input type="checkbox"/> 4. Bicicleta <input type="checkbox"/> 5. Outro	<input type="checkbox"/> 1. Capotamento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ejeção <input type="checkbox"/> 3. Impacto frontal <input type="checkbox"/> 4. Impacto lateral <input type="checkbox"/> 5. Impacto traseiro
29. Natureza do acidente		
<input type="checkbox"/> 1. Colisão/Abalroamento <input type="checkbox"/> 2. Tombamento ou Capotamento <input type="checkbox"/> 3. Choque com objeto fixo <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/> 4. Atropelamento <input type="checkbox"/> 5. Queda em/do veículo <input type="checkbox"/> 6. Outro		

30. Uso de capacete pela vítima	31. Uso de cinto pela vítima	32. Hálito alcoólico
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não

33. Intoxicação	34. Queda
<input type="checkbox"/> 1. Alcool <input type="checkbox"/> 2. Drogas ilícitas <input type="checkbox"/> 3. Exógena <input type="checkbox"/> 4. Animais peçonhentos <input type="checkbox"/> 5. Outros	<input type="checkbox"/> 1. Própria altura <input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Aproximadamente: m

35. Agressão	36. Queimadura
<input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2. Arma branca <input type="checkbox"/> 3. Agressão física <input type="checkbox"/> 4. Suspeita de abuso sexual <input type="checkbox"/> 5. Outros	<input type="checkbox"/> 1. Fogo <input type="checkbox"/> 2. Fumaça <input type="checkbox"/> 3. Choque elétrico <input type="checkbox"/> 4. QBRN-e:

37. Vias aéreas	38. Respiração	39. Circulação/pulso	40. Perfusão periférica	41. Saturação O <sub>2</sub>
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Livre <input type="checkbox"/> 2. Obstruída	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Traquipneia <input type="checkbox"/> 3. Bradpneia <input type="checkbox"/> 4. Apneia <input type="checkbox"/> 5. Tórax com deformidades ou lesões	<input type="checkbox"/> 1. Ausente <input checked="" type="checkbox"/> 2. Presente <input type="checkbox"/> 3. Cheio <input type="checkbox"/> 4. Fino	<input type="checkbox"/> 1. > 2 Segundos <input type="checkbox"/> 2. < 2 Segundos	

42. Coloração da pele	43. Escala de CINCINNATI	44. Neurológico	45. Pupilas
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Cianose <input type="checkbox"/> 4. Presença de sangramento <input type="checkbox"/> 5. Outro	<input type="checkbox"/> 1. Déficit motor <input type="checkbox"/> 2. Desvio de comissura labial <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala	<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sonolência <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão	<input type="checkbox"/> 1. Isocórica <input type="checkbox"/> 2. Miose <input type="checkbox"/> 3. midríase <input type="checkbox"/> 4. Anisocoria <input type="checkbox"/> 5. Reagente <input type="checkbox"/> 6. Não reagente

46. Alergia	47. Usa medicamento	48. Alguma patologia	49. Oxigênio terapia
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não Qual?	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não Qual?	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não Qual?	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não

ESCALA DE GLASGOW		SCORE1:	SCORE2:	53. SSVV
50. Abertura ocular	51. Resposta verbal	52. Resposta Motora		
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Espontânea (4) <input type="checkbox"/> 2. À voz (3) <input type="checkbox"/> 3. À dor (2) <input type="checkbox"/> 4. Nenhuma (1)	<input type="checkbox"/> 1. Orientada (5) <input type="checkbox"/> 2. Confusa (4) <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas (3) <input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas (2) <input type="checkbox"/> 5. Nenhuma (1)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Obedece a comandos (6) <input type="checkbox"/> 2. Localiza dor (5) <input type="checkbox"/> 3. Movimento de retirada (4) <input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal (3) <input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal (2) <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma (1)		
54. Conduta		55. História clínica atual, evolução e conduta:		
<input type="checkbox"/> 1. Imob. Coluna cervical <input type="checkbox"/> 2. Utilização de prancha <input type="checkbox"/> 3. Imob. Membros <input type="checkbox"/> 4. KED		56. Observações: Feridas, PI realizar exames.		

57. Unidade de destino: HOF	58. Médico que recebeu:
59. Equipe	
Médico Assistente: _____	Enfermeiro: _____
Condutor/Piloto: Marcene	Responsável pelo preenchimento: Gizele
Solicitou apoio da UTI: ( ) Sim ( ) Não Obs:	Socorro: _____
Redirecionamento: ( ) Sim ( ) Não Causa: _____	Ass: _____
Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.	Destino: _____

60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE:	61. Múltiplas vítimas ( ) Sim ( ) Não
O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.	Nº de vítimas: _____
Ass: _____	Cenário: _____
RG: _____	
Data: / /	
RG: _____	
Data: / /	

62. EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DE DESTINO:	
Maca nº 00	Prancha nº 00
<input type="checkbox"/> Estab. de cabeça	<input type="checkbox"/> KED
<input type="checkbox"/> Colar	<input type="checkbox"/> Tirantes



**PREFEITURA MUNICIPAL DO MORENO**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**  
**(SAMU)**



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Senhor EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA, 52 anos, portador do RG: 35603150.0 e do CPF: 585.213.484-87 foi atendido pelo SAMU MORENO, no dia 23/06/2020, às 08:30min, acionado através do número 192 da regulação médica do SAMU metropolitano Recife, ocorrência Nº S 832153. O mesmo foi vítima de QUEDA DE MOTO em VIA PÚBLICA. Segundo registro da equipe que realizou o atendimento, a vítima encontrava-se CONSCIENTE, ORIENTADO, COM SUPOSTA FRATURA FECHADA NA CLAVÍCULA ESQUERDA. O mesmo foi removido para o HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS onde ficou aos cuidados da equipe médica.

Sem mais para o momento.

Dr. Osmir Alves  
Coord. SAMU  
307311

**OSMIR ALVES DE OLIVEIRA**  
Coordenador SAMU/MORENO-PE

# 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: 22/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01294

CONTA: 000000026068-6

---

Nr. da Autenticação ACDC362E594F7037



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**NOTA FISCAL DE FATURAMENTO - COTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.933/0001-68 | Ins. Est. 0005943-90 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

EDIRIBSON DOS SANTOS FERREIRA  
PXA O COLONIA FUTEBOL CLUBE

CPF: 585.213.484-87

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA BABACULANDIA 119

PACHECO CAVALheiro  
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE  
54260-631

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

Nº DO REGISTRO	END	DATA DE VIGÊNCIA
114585806	ÚNICA	02/07/2020
Nº DO CONTRATO	Nº DA COTA DE ENERGIA ELÉTRICA	Nº DA COTA DE ENERGIA ELÉTRICA
02/07/2020	2000076641	1740355

NUMERO DO CONTRATO	DATA DE VIGÊNCIA
0096505035	07/2020
DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA
09/07/2020	04/08/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	
96,40	

**DESCRIÇÃO DA ROTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)-TUSD	105,000000	0,42575647	44,70
Consumo Ativo (kWh)-TE	105,000000	0,35813073	37,39
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,77
ICMS Subvenção-CDE-NF 103965571-02/04/20			0,71
ICMS Subvenção-CDE-NF 108764547-05/05/20			0,80
Multa por atraso-NF 108764547-05/05/20			2,60
Juros por atraso-NF 108764547-05/05/20			0,92
Abolização IGP-M-NF 108764547-05/05/20			0,27
Bônus ITAIPU-art 21 da Lei 10.438/2002			-1,28

**TOTAL DA FATURA**

96,40

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA ROTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
301015057	CAI	03/06/2020	10.618,50	03/07/2020	10.723,00	30	1,0000		104,50

PERÍODO DE CONSUMO		COMPOSIÇÃO DE VALORES				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
DATA	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE		CONTRIBUÍVEL	%	VALOR
JUL 20	105					Consumo Ativo (kWh)-TUSD	41,47%	44,70
JUN 20	107					Consumo Ativo (kWh)-TE	35,24%	37,39
MAI 20	128					Contrib. Ilum. Pública Municipal	11,25%	10,77
ABR 20	112					ICMS Subvenção-CDE-NF 103965571-02/04/20	0,73%	0,71
MAR 20	103					ICMS Subvenção-CDE-NF 108764547-05/05/20	0,83%	0,80
FEV 20	96					Multa por atraso-NF 108764547-05/05/20	2,72%	2,60
JAN 20	110					Juros por atraso-NF 108764547-05/05/20	0,95%	0,92
DEZ 19	111					Abolização IGP-M-NF 108764547-05/05/20	0,28%	0,27
NOV 19	113					Bônus ITAIPU-art 21 da Lei 10.438/2002	-1,32%	-1,28
OUT 19	101							
SET 19	96							
AGO 19	89							
JUL 19	96							

**INFORMAÇÕES DE INTERESSE**  
A Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) é uma empresa de capital aberto, inscrita no CNPJ nº 10.835.933/0001-68, com sede em Recife, PE. A CELPE é uma empresa de capital aberto, inscrita no CNPJ nº 10.835.933/0001-68, com sede em Recife, PE. A CELPE é uma empresa de capital aberto, inscrita no CNPJ nº 10.835.933/0001-68, com sede em Recife, PE.

ATENÇÃO A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO					
DATA DE PAGAMENTO: 03/07/2020					
Valor	Debitado	Valor	Debitado	Valor	Debitado
096,40	02/07/20	96,40			

TENSÃO E FREQUÊNCIA DAS INSTALAÇÕES				TENSÃO E FREQUÊNCIA	
VALOR NOMINAL (V)	VALOR DE VIGÊNCIA (V)	LIMITE MENSAL	LIMITE ANUAL	VALOR NOMINAL (V)	VALOR DE VIGÊNCIA (V)
110	0,00	5,07	10,15	220	0,00
110	0,00	3,17	6,35		
110	0,00	2,80	5,60		

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**  
**Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04**

**SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

**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/BIBLIOTECABWEB/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 VALMIR Honorio da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 621.228.354 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edirobson dos Santos Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 585.213.484 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima Edirobson dos Santos Ferreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 585.213.484 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R- UBIARA</u>	Número: <u>16</u>	Complemento: <u>CA 3A</u>
Bairro: <u>Tabajara</u>	Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53.530-360</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 9.8790-9451</u>

Local e Data: RECIFE 10 de SETEMBRO 2020

Edirobson dos Santos Ferreira  
Assinatura do Declarante



## Receituário

AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA

HD: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Dr. Thiago Lima  
Ortopedista Traumatologia  
TEOT 13.149-CRM 17991

THIAGO DE ALMEIDA LIMA E SILVA - CRM: Nº.17991



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 23/06/2020 21:58

Prontuário: 857193

Nº. Atendimento: 3456301

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:

EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOLO E SILVA

Nome:

EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

Sexo:

MASCULINO

CNS:

702101740175891

Mãe:

LAURINETE MARIA FERREIRA

Endereço:

RUA FREI MIGUELINHO, N.º 78 - : N 78 BAIRRO: CRUZ DO REBOUCAS - CIDADE:  
IGARASSU - UF: PE

Idade:

52 Anos 8 Meses 14 Dias

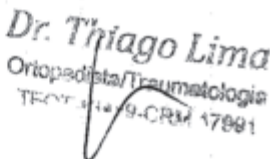
Nasc.

09/10/1967

Contatos:

81. 88088227 | Celular: 81.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª VIA FARMACIA
		2ª VIA PACIENTE
NOME COMPLETO: THIAGO DE ALMEIDA LIMA E SILVA - CRM: Nº.17991		
NOME DO PACIENTE EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA		
ENDEREÇO RUA FREI MIGUELINHO		Nº 78
MUNICIPIO IGARASSU		
BAIRRO CRUZ DO REBOUCAS		
UF PE		
PRESCRIÇÃO		
R//USO INTERNO:		
1) PACO 30Mg----24 COMPRIMIDOS		
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 6 EM 6 HORAS, SE DOR.		
 Dr. Thiago Lima Ortopedista/Traumatologia TEC. 1149-9-CRM 17991		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME:		
IDENTIDADE:		
ÓRG. EMSSOR:		
END.:		
CIDADE:		
FONE:		
UF PE		
		ASSINATURA DO FARMACEUTICO
		DATA: ____/____/____

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

**NOME**  
**VALMIR HONORIO DA SILVA**

**DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF**  
**2948595 SSP PE**

**CPF**  
**621.228.354-00**

**DATA NASCIMENTO**  
**30/01/1970**

**FILIAÇÃO**  
**VALDEMIR HONORIO DA SI**  
**LVA**  
**MARIA DA PENHA DO NASC**  
**IMENTO**

**PERMISSÃO**  
**ACC**  
**CAT. HAB.**  
**B**

**Nº REGISTRO**  
**05601193700**

**VALIDADE**  
**28/08/2022**

**1ª HABILITAÇÃO**  
**11/03/1997**

**OBSERVAÇÕES**  
**EAR**

**ASSINATURA DO PORTADOR**

**LOCAL**  
**PAULISTA, PE**

**DATA EMISSÃO**  
**31/08/2017**

**Charles Andrews Sousa Ribeiro**  
**Diretor Presidente**  
**ASSINATURA DO EMISSOR**

**50981603055**  
**PE081048661**

**PERNAMBUCO**

**CONTRA**

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1483262450

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1483262450

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**NOME**  
EDIRSSON DOS SANTOS FERREIRA

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF**  
356031500 SSP SP

**CPF**  
585.213.484-87

**DATA NASCIMENTO**  
09/10/1967

**FILIAÇÃO**  
NÃO DECLARADO

**LAURINETE MARIA  
FERREIRA**

**PERMISSÃO**  
ACC CAT HAB  
AB

**Nº REGISTRO**  
02687010450

**VALIDADE**  
03/03/2022

**Nº HABILITAÇÃO**  
07/01/2003

**OBSERVAÇÕES**  
NAR

**ASSINATURA DO PORTADOR**  
*Edirsson*

**LOCAL**  
RECIFE - PE

**DATA EMISSÃO**  
02/02/2017

**ASSINATURA DO EMISSOR**  
*Charles*  
Charles Andreus Souza Ribeiro  
Diretor Presidente  
87912897303  
PE075785579

**PERNAMBUCO**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1421157293

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1421157293

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014667771492  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 124208703 COG RENAVAM \*\*\*\*\* ENTRC \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2019

EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

IGARA38U-PE

585.213.484-87

ECF8525

PAS MOTONETA

JTA/3UZUKI AN125

2B/124CL

1 IPVA 2019 AVERBADO

V FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS

A 1 \*\*\*\*\*

SEM RESERVA

IGARA38U-PE

Roberto Carlos Moxeira Fontelles

05/06/19

ROBERTO CARLOS MOXEIRA FONTELLES

DIRETOR PRESIDENTE DE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES OU POR SUAS CARGAS A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014667771492 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

IGARA38U-PE

585.213.484-87

124208703

2008

9CDECF47A39M057937

PRÊMIO TARIFARIO

DEVAT/AN (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

SEGURO DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

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

DETRAN

DETRAN

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200324299 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA **Data do acidente:** 23/06/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 16/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR P.1  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** \*\*POUCA DOCUMENTAÇÃO/ UTILIZADO CONJUNTO PROBATÓRIO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255167/20

**Vítima:** EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

**CPF:** 585.213.484-87

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 23/06/2020

**Titular do CPF:** EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### VALMIR HONORIO DA SILVA : 621.228.354-00

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

### EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA : 585.213.484-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/09/2020  
Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA  
CPF: 621.228.354-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

VALMIR HONORIO DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200324299 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA **Data do acidente:** 23/06/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 16/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR P.1  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** \*\*POUCA DOCUMENTAÇÃO/ UTILIZADO CONJUNTO PROBATÓRIO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome:	Edi ROBSON dos SANTOS FERREIRA.		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil:	NÃO INFORMADO.
Profissão:	VIGILANTE		
Identidade:	356031500-SSP-PE	CPF:	585.213.484-87
Endereço:	R- Frei MIGUELINHO, 299, CRUZ DE REBOUCAS, IGARASSU PE.		

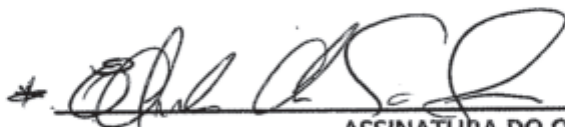
### OUTORGADO:

Nome:	VALMIR HONORIO DA SILVA.		
Nacionalidade:	2948.595-SDS/PE	Estado civil:	CASADO
Profissão:	—		
Identidade:	BRASILEIRO	CPF:	621.228.354-00
Endereço:	R- UBIRAJARA, 16, OLINDA - PE.		

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Recife 10 de setembro 2020.

LOCAL E DATA:

\* 

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255167/20

**Número do Sinistro:** 3200324299

**Vítima:** EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

**CPF:** 585.213.484-87

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 23/06/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

**EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA : 585.213.484-87**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/10/2020  
Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA  
CPF: 621.228.354-00

VALMIR HONORIO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

---

**Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200324299**

**Vítima: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA**

**Data do Acidente: 23/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: VALMIR HONORIO DA SILVA**

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

**Senhor(a), EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA**

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, contados 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, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200324299                      Vítima: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

Data do Acidente: 23/06/2020                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
Formulário do Pedido Seguro DPVAT	Apresentar o formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos "Dados Cadastrais", pois o entregue está incompleto.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação 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, 28 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200324299

Vítima: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VALMIR HONORIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001294

Conta: 0000026068-6

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

