
Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180592113

Vítima: CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA

Data do Acidente: 21/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180592113

Vítima: CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA

Data do Acidente: 21/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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.

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, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180592113

Vítima: CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA

Data do Acidente: 21/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA

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

Documentação médico-hospitalar

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.

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, 06 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180592113

Vítima: CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA

Data do Acidente: 21/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **104.802.454-79** Nome completo da vítima: **CLEITON EVAIR JOSÉ DE LIMA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2011

Nome completo: **CLEITON EVAIR JOSÉ DE LIMA** CPF: **104.802.454-7**

Profissão: **VENDEDOR** Endereço: **BELA VISTA** Número: **402** Complemento: **CASA**

Bairro: **ALTO BOM JESUS** Cidade: **SERRA TALHADA** Estado: **PE** CEP: **56906-130**

E-mail: _____ Tel.(DDD): **87.4.999814**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **586** CONTA: **39578** 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Cleiton Evair José de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

BRANCO
EXPRESSO

Via do Cliente

Correspondente do Banco Bradesco S.A.
ADALTO CARVALHO PRODUTOS FARMAC
RUA ENOCK INACIO DE OLIVEIRA, 652
Term Net-Iso 00016424 Data 21/11/2018
Correspondente do Banco Bradesco

..Proposta de Pre-abertura de Conta..

Ag. Relac: 00586 - SERRA TALHADA
PRCB 026 - FARMACIA TUPAN

Agencia: 00586 - SERRA TALHADA
Conta: 000000039526-1
Nome: CLEITON BURTA JOSE DE LIMA
Data: 21/11/2018
Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Fisica
Tipo Conta: Conta Corrente

Adesao ao Programa de Beneficios: N

NSU BANCO: 002100810836
HORA: 10:55:13

Sujeito a Confirmacao do Banco

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

NSU Rede: 972044 Hora Rede: 10:55:13

EXCELSIOR SEGUROS
17 DEZ. 2018
SEGURO DPVAT

0453974 / 118



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0267004282

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2018** às **14:12**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/9/2018** no período da **Noite**

Natureza Jurídica: **REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT**

Fato ocorrido no endereço: **RUA QUINZE, 1** - Bairro: **COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO**

/BRASIL - Ponto de Referência: **PRÓXIMO A TUPAN**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)

CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CLEONICE ALVES DE LIMA** Pai: **SEBASTIÃO JOSE DE LIMA** Data de Nascimento: **20/4/1993** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8840817/SDS/PE (RG), 10480245479 (CPF), 05591182011 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **VENDEDOR(A)** Telefones Celulares: **- 087996138023**

Endereço Residencial: **RUA BELA VISTA, 402 - CEP: 0 - Bairro: ALTO BOM JESUS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO 1 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEB0462** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **1072968034** Chassi: **9C2ND1110FR018995**

Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **VEÍCULO LICENCIADO EM NOME DE SEBASTIAO JOSE DE LIMA**

VEÍCULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDOCategoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SR. CLEITON PARA COMUNICAR QUE NA DATA ACIMA MENCIONADA, ENQUANTO TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA DESCRITA PELA RUA QUINZE, NESTA URBE, UM VEÍCULO DE COR PRETA INVADIU A SUA MÃO DE DIREÇÃO; QUE NÃO TEVE COMO DESVIAR E ACABOU COLIDINDO COM O VEÍCULO; QUE FOI ARREMESSADO E COM O IMPACTO FRATUROU O DEDO DO PÉ ESQUERDO E SOFREU ESCORIAÇÕES PELO CORPO; A VÍTIMA FOI ATENDIDA NO HOSPAM PELO MÉDICO ÊNIO K. DE CARVALHO, CRM 15926, CONFORME BOLETIM DE EMERGÊNCIA Nº 153. ESSE REGISTRO VISA GARANTIR DIREITOS FUTUROS. SEM MAIS PARA O MOMENTO, ENCERRO.

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

CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA
(VITIMA)B.O. registrado por: **Bruna Reinaldo do Nascimento Santana** - Matrícula: **3866106**

0453974 / 118



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267004282**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2018** às **14:12**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/9/2018** no período da **Noite**

Natureza Jurídica: **REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT**

Fato ocorrido no endereço: **RUA QUINZE, 1** - Bairro: **COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO**

/BRASIL - Ponto de Referência: **PRÓXIMO A TUPAN**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)

CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CLEONICE ALVES DE LIMA** Pai: **SEBASTIÃO JOSE DE LIMA** Data de Nascimento: **20/4/1993** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8840817/SDS/PE (RG), 10480245479 (CPF), 05591182011 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **VENDEDOR(A)** Telefones Celulares: **- 087996138023**

Endereço Residencial: **RUA BELA VISTA, 402 - CEP: 0 - Bairro: ALTO BOM JESUS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO 1 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEB0462** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **1072968034** Chassi: **9C2ND1110FR018995**

Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **VEÍCULO LICENCIADO EM NOME DE SEBASTIAO JOSE DE LIMA**

VEÍCULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDOCategoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SR. CLEITON PARA COMUNICAR QUE NA DATA ACIMA MENCIONADA, ENQUANTO TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA DESCRITA PELA RUA QUINZE, NESTA URBE, UM VEÍCULO DE COR PRETA INVADIU A SUA MÃO DE DIREÇÃO; QUE NÃO TEVE COMO DESVIAR E ACABOU COLIDINDO COM O VEÍCULO; QUE FOI ARREMESSADO E COM O IMPACTO FRATUROU O DEDO DO PÉ ESQUERDO E SOFREU ESCORIAÇÕES PELO CORPO; A VÍTIMA FOI ATENDIDA NO HOSPAM PELO MÉDICO ÊNIO K. DE CARVALHO, CRM 15926, CONFORME BOLETIM DE EMERGÊNCIA Nº 153. ESSE REGISTRO VISA GARANTIR DIREITOS FUTUROS. SEM MAIS PARA O MOMENTO, ENCERRO.

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

CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA
(VITIMA)B.O. registrado por: **Bruna Reinaldo do Nascimento Santana** - Matrícula: **3866106**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	104.802.454-79	CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA	104.802.454-79	
Profissão:	Endereço:	Número:
VENDEDOR	BELA VISTA	402
Bairro:	Cidade:	Estado:
ALTO BOM JESUS	SERRA TALHADA	PE
E-mail:	CEP:	Complemento:
	56906-130	CASA
	Tel.(DDD):	
	87.4.9998.142	

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

RENDAMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 586	CONTA: 39578	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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base de documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

EXCELSIOR SEGUROS
17 DEZ 2018
SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Cleiton Evair José de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

George Carlos Melo Lima

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 153

Data: 21.09.18	Hora: 09:44
Nome: Cleiton Evair José de Lima	Profissão: Jandador
Nome Social:	Estado Civil: casado
Nascimento: 20.04.93	Sexo: M
Escolaridade: médio	Responsável: José Clementino
Mãe: Conceição Alves de Lima	
Endereço: R. Bela Vista 402	
Bairro: Bom Jesus	Município: S. Ralhada
Fone: 96138023	
Cartão SUS:	RG/CPF: 4286000082
Raça/Cor:	
Branca	Preta
Parda	Amarela
Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:



PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Glasgow:
Medicações em uso:					
Intolerâncias/Alergias:					
Fluxograma:			Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Pac. relata acidente com moto
há 1 dia
Dor no V E
sem

Tratamento:

Rx L P E AP. Oly
19-120K
Abrigado PDE
medic + Refor + orient
Ao Adulto

Hipótese Diagnóstica:

Env. 1- PDE

Carimbo e Assinatura:

Dr. Eno K. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM 15926

EXCELSIOR SEGUROS
17 DEZ. 2018
SEGURO DPVAT

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	207	231

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA inscrito (a) no CPF sob o nº 008.475.324/29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o nº 104.802.454/79 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA, inscrito (a) no CPF sob o nº 104.802.454/79, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

RECUSO INFORMAR

☒ Recuso Informar

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

Endereço		Número	Complemento
<u>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>		<u>573</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	<u>SERRA TALHADA</u>	<u>PE</u>	<u>56.903.220</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
	<u>87.48878-5033</u>		<u>87.4.9998-5477</u>

SERRA TALHADA PE 12 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sebastião José de Lima,
RG nº 5111782, data de expedição 15/08/1996
Órgão 1, portador do CPF nº 747.226.204-82, com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
João Batista do Nascimento, nº 925,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima cleiton Enair José de Lima, cujo o condutor era
cleiton Enair José de Lima.

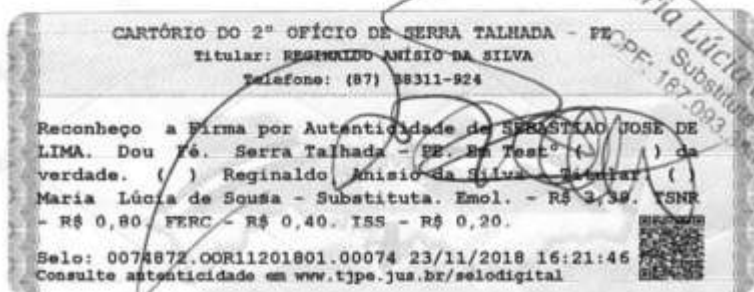
Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA XRE 300
Ano: 2015
Placa: PEB 10462
Chassi: 9C3ND1150FNO18995
Data do Acidente: 21-09-18
Local e Data: Av. Auzias em 21-09-18



Sebastião José de Lima
Assinatura do Declarante

Cleiton Enair José de Lima

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



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 153

Data: 21.09.18	Hora: 19:44
Nome: Cliton Evair José de Lima	Profissão: Pandeiro
Nome Social:	
Nascimento: 20.04.93	Sexo: M
Estado Civil: Casado	
Escolaridade: médio	Responsável: João Clementino
Mãe: Cláudia Alves de Lima	
Endereço: R. Bela Vista 402	
Bairro: Bom Jesus	Município: S. Ralhada
Fone: 96138023	
Cartão SUS:	RG/CPF: 4286000082
Raça/Cor:	Branca
	Preta
	Parda
	Amarela
	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

EXCELSIOR SEGUROS
17 DEZ. 2018
SEGURO DE VIDA

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Pac. rel. sint. com mto
F + o/h
Pm m v E verso

Tratamento:

Rx L P E AP. Oly
Abrid. 2 PDE
medic + Repar + orient
Ao Ambulatório

Hipótese Diagnóstica:

Ent. 1- PDE

Carimbo e Assinatura:

Dr. Emanoel de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM 15326

CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	<input type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Evasão
Removido para o hospital:				
Obito às	hrs do dia			

Carimbo e Assinatura:

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

Exames Solicitados:

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> Chlamy | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Entrograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:
Valtaren 01g 1x		
Valtaren 01g 1x		
Amik		

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado à Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VEH

25/09/15

Notificação.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE FISCALIA DE REVENUE

1012 22

Cleiton Evarir Jose de Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
104.802.454-79

Nome
CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA

Nascimento
20/04/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

EXCELSIOR SEGUROS

17 DEZ. 2018

SEGURO DPVAT

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.840.817

DATA DE EMISSÃO 24/08/2009

NOME << CLEITON EVAIR JOSÉ DE LIMA >>

PRIMEIRO NOME << SEBASTIÃO JOSÉ DE LIMA >>

SEGUNDO NOME << CLEONICE ALVES DE LIMA >>

NATURALIDADE SERRA TALHADA - PE

DATA DE NASCIMENTO 20/04/1993

DOC. DE IDENT. << CN 41253 L.A95 F.142V CART. 1º DIST. SERRA TALHADA-PE 01.09.1994 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 2006/83

CÓDIGO DE CONTROLE

FD8E.2CAE.CE89.7CAD

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada no internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 19:22:01 de dia 18/05/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
ADMINISTRAÇÃO FEDERAL DE REVENHOS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
AUTOMOBILISTAS

NOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DIG. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5840550 - SSP - PE

CPF
008.475.324-29

DATA NASCIMENTO
03/05/1978

FILIAÇÃO
GILBERTO CARLOS DE LIMA
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02136855600

VALIDADE
30/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2001

OBSERVAÇÕES
KAR
CMTX

George Carlos Melo Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
24/07/2017

Chirles Andreus Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

23610552568
PE079966268

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245

EXCELSIOR SEGUROS
17 DEZ. 2018
SEGURO DPVAT

STI NATÁRIO:

CELSIOR SEGUROS.

MARQUES DE OLÍNDIA 175.

FE PE

50030-000

006-6803-18.

EXCELSIOR SEGUROS
17 DEZ. 2018
SEGURO DPVAT



PESO (kg) 0,834

SEDEX

CORREIOS

AR ☐ MP ☐

SM 04630579 4 BR



AGÊNCIA SEGUROS
17 DEZ. 2018
SEGURO DPVAT

REMETENTE:

GEORGE CHARLOS MELO LIMA

Nº 573

RUA- ANTONIO TOME DE SOUSA

SERRA TALHADA PE

BAIRRO SÃO CRISTÓVÃO

F. 87. 9. 9998. 3422

CEP. 56. 903. 220

**BRADESCO
EXPRESSO**

COTA ÚNICA IPVA/DPVAT COTA IPVA		AUTENTICAÇÃO ÚNICA		2ª COTA IPVA	
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO - SECRETARIA DA FAZENDA				Emissão: 16/04/2018	
PVA E LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS USADOS				CPF/CNPJ	
IPVA E LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS USADOS				74722620482	
PROPRIETÁRIO (CONTEÇA OS DADOS ANTES DE PAGAR)				MARCAMODELO	
PLACA PEB0482				HONDA/200	
ANIO FABR. 2015				AUTENTICAÇÃO ÚNICA ÚNICA	
RENAVAM 1072663034				AUTENTICAÇÃO ÚNICA ÚNICA	
2ª COTA IPVA				AUTENTICAÇÃO ÚNICA ÚNICA	
INSTRUÇÕES DE PAGAMENTO:				AUTENTICAÇÃO ÚNICA ÚNICA	
Prestar os serviços obrigatórios de acordo com o Edital, sob a responsabilidade do Estado de Pernambuco, para a emissão do Documento Único de Trânsito (DUT) e a emissão do Documento Único de Trânsito (DUT) e a emissão do Documento Único de Trânsito (DUT).				AUTENTICAÇÃO ÚNICA ÚNICA	
ATENÇÃO: O LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS USADOS, ALÉM DAS TAXAS E DAS TAXAS DE LICENCIAMENTO, O PAGAMENTO DAS MULTAS (INSCRIÇÃO) V.				AUTENTICAÇÃO ÚNICA ÚNICA	

EXCELSIOR SEGUROS
17 DEZ. 2018
SEGURO DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180592113 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA **Data do acidente:** 21/09/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Procuração

Outorgante(s):

Nome: CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA
R.G.: 8.840.817 C.P.F.: 104.802.454-79
Endereço: RUA BELA VISTA Nº 402 Bom JESUS
CEP: 56906-130 Cidade/UF: SERRA TALHADA PERNAMBUCO

Outorgado(s):

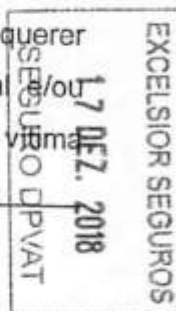
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
R.G.: 5840550 SSP-PE C.P.F.: 008.475.324-29
Endereço: ANTÔNIO TÔME DE SOUZA - 573
CEP: 56.903-220 Cidade/UF: SERRA TALHADA - PE

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

CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA
ocorrido na data em 21/09/18

Local: SERRA TALHADA - PE Data: 23/11/2018

Cleiton Evair José de Lima
Assinatura do Outorgante



A assinatura deverá ser autenticada por autoridade pública ou verdadeira.

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 38311-924
CPF: 187.093.84-20

Reconheço a Firma por Autenticidade de CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade: () Reginaldo Anísio da Silva - Titular. () Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Emol. R\$ 3,30. TSNR - R\$ 0,40. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.

Selo: 0074872.JWV11201801.04803 23/11/2018 09:13:53

