



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Adilson dos Santos

RG nº 5257506, data de expedição 07/05/1999

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 040.674.224-31, com domicílio na cidade de Gravatá, no Estado de

Pernambuco, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada) Rua do Monte, nº 366,

complemento Par. Society, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Jose Ivanildo dos Santos cujo o condutor era

Jose Ivanildo dos Santos

Veículo: Moto  
Modelo: Faizer  
Ano: 2015  
Placa: PEB 2684  
Chassi: Q E 6 K 5 0 6 6 0 F 0 0 4 4 0 4 0  
Data do Acidente: 28/06/2015  
Local e Data: PE 71 Chã Grande

Jose Adilson dos Santos  
Assinatura do Declarante

Jose Ivanildo dos Santos  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

MDM 2º SERVIÇO DE NOTAS E PROTESTO | GRAVATÁ - PE  
MA. JILIA DUARTE MACHADO - Tal. 33 | Rua Joaquim Nabuco, n. 75 - Centro - Gravata - PE - CEP: 55641-200 - Fone: (51) 3513-0225

Reconheço a firma por autenticidade de: JOSE ADELSON DOS SANTOS. Dou fe. 16/07/2015 14:11:24  
Em testemunho da verdade Custas R\$ 3,29  
TSNR R\$ 0,66  
Total R\$ 3,95  
Suely Augusto Silva Chaves Subst.  
Selo Digital N. 0073643.PXE05201501.05232  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)



CENTAURO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
13 AGO. 2015  
UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO PJ ANALISE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150714426

**Cidade:** Chã Grande

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE IVANILDO DOS SANTOS

**Data do acidente:** 28/06/2015

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

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

**Data da análise:** 28/08/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA EM PUNHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PUNHO 50%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





01

ID PAC: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Nome do Paciente: Jose Wamildo dos Santos

Dt. Nascimento: 05/10/80 Idade: 34 anos Sexo: M Raça: br

Nome do Pais: M. de Jovades Santos Observaç: \_\_\_\_\_

Endereço: R. do Sol ANI: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ Kg ALTURA: \_\_\_\_\_ m

P.A.: \_\_\_\_\_ mmHg TEMPERATURA: \_\_\_\_\_

FREQ.CARD.: \_\_\_\_\_ bpm SAT. O2.: \_\_\_\_\_

FREQ.RESP.: \_\_\_\_\_ mpm

ALERGIAS?  QUAIS? \_\_\_\_\_

SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE:  
Paciente vítima de acidente de moto há 2 dias  
se queixa de dor em punho (D).

EXAMES

Edema em punho (D).  
Fratura epifise distal do cúbito (D)

DIAGNOSTICO

Fr. de punho (D)

EXAMES COMPLEMENTARES

Fratura da cabeça da ulna (D)  
Fratura do cúbito (D)

TRATAMENTO

Imobiliz.

Data do Atendimento: 30/06/15 Hora: 09:57

SENTAURO  
VIDA E PREVIDENCIA S/A  
13 AGO. 2015  
UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ANALISE

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150714426

**Cidade:** Chã Grande

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE IVANILDO DOS SANTOS

**Data do acidente:** 28/06/2015

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

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do terço médio do rádio direito, luxação do terço médio da ulna direita e fratura da epífise distal da ulna direita.

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima queixa-se de dor no punho direito e demais sem queixas. Ao exame: deformidade, edema ( / 4), redução importante da flexo-extensão e da pronossupinação do punho direito.

**Resultados terapêuticos:** Quadro submetido a tratamento conservador.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/11/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andrea Rodrigues Madeira Campos

**CRM do médico:** 19953

**UF do CRM do médico:** PE

## 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 punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

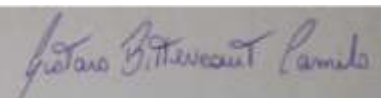
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** GUSTAVO B CAMILO

**CRM do médico:** 52.94275-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**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): **JOSE IVANILDO DOS SANTOS** Sinistro: **3150714426** Data: **28/06/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DO SOL, 28 - CENTRO - Chã Grande - PE - CEP 55636-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **sds /PE** ] **6244970**

Data local do exame: [ **13/11/2015** ] **Caruaru** [ **PE** ]

**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)  
**Fratura do terço médio do rádio direito, luxação do terço médio da ulna direita e fratura da epífise distal da ulna direita. Vítima  
queixa-se de dor no punho direito e demais sem queixas. Ao exame: deformidade, edema (+/+4), redução importante da  
flexo-extensão e da pronossupinação do punho direito.**

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.

**Quadro submetido a tratamento conservador.**

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 punho direito**

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

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**Punho direito**

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):


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

% 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.



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - PE





QUALIFICAÇÃO CI

Nome: *Carlos Alberto de Lencastre*  
Estado: *Portugal*  
Data de Nascimento: *19/05/1948*  
Data de Emissão: *19/05/2005*

ESTRANGEIROS

Cituação no Brasil em: ..... Doc. Ident: .....  
Em: em: ..... Estado: .....  
Obs.: ..... SR D. J. S.  
Data de Emissão: .....  
Assinatura do Funcionário: *[Signature]*

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE  
(Com relação a nome, est. civil e data nasc.)

Nome: .....  
Doc: .....  
Nome: .....  
Doc: .....  
Nome: .....  
Doc: .....  
Est. Civil: .....  
Doc: .....  
Est. Civil: .....  
Doc: .....  
Nascimento: .....  
Doc: .....

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO F. ANALISE  
13 AGR 2005  
VIDA E PREVIDENCIA S/A

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**053.773.574-77**

Nome  
**JOSE IVANILDO DOS SANTOS**

Nascimento  
**05/10/1980**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CENTAURO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
  
13 AGO. 2015  
  
UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ANÁLISE



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **053.773.574-77**

Nome da Pessoa Física: **JOSE IVANILDO DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **05/10/1980**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **03/05/2002**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:33:48** do dia **24/07/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **50A6.6D2C.A64B.60D3**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



GRAVATÁ ,20 de OUTUBRO DE 2015.

**Seguradora Líder dos Consórcios,**

**Processo**

Megadata: 3150/714426  
Processo: 742535  
Natureza: INVALIDEZ  
Data sinistro: 28/6/2015  
Nome: JOSE IVANILDO DOS SANTOS  
Situação: Processo com restrições

Venho por meio desta informar telefones de contato para que seja marcada perícia administrativa para que a pendência seja sanada no processo supra referido.

**Tel. 81 34264486**

Atenciosamente,

Inglida Meneses



## Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 742535

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

<b>Tipo de Veículo</b> 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			<b>Placa</b> PEB-2684/PE	
<b>Nome da Vítima</b> JOSE IVANILDO DOS SANTOS			<b>Natureza</b> 2 - INVALIDEZ	
<b>Tipo Sinistrado</b> 3 - Motorista	<b>Data Nascimento</b> 05/10/1980	<b>Tipo de CPF</b> 0 - Possui CPF	<b>CPF da Vítima</b> 053.773.574-77	<b>Data Ocorrência</b> 28/06/2015

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

( ) Certidão Nº 15E0157000464 da autoridade policial sobre a ocorrência;

( ) DUT Nº \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

( ) RG e CPF do Sinistrado ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

( ) RG e CPF do(s) Beneficiário(s) ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Beneficiários					
Nome	Tipo Benef.	Vinculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
JOSE IVANILDO DOS SANTOS	Vítima	VITIMA	05/10/1980	55636-000	053.773.574-77

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).  
 Observações.:

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso PE

Data 13/AGO, 2015

Local da Entrega RJ

Data 13/AGO, 2015

A  
Beneficiário

[Assinatura]  
Centauro Vida e Previdência

**Atenção :**

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

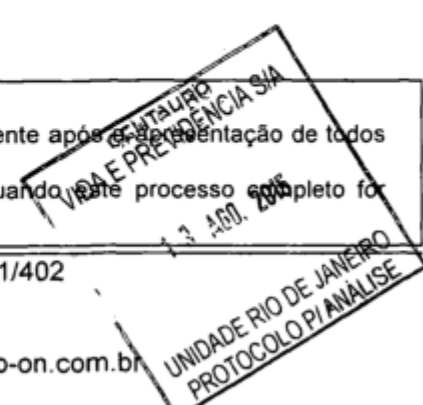
AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402

Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauro-on.com.br> e-mail: [dpvat-rj@centauro-on.com.br](mailto:dpvat-rj@centauro-on.com.br)

RIO DE JANEIRO - RJ



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2015

Carta nº: 7613902

A/C: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

**Sinistro:** 3150714426  
**Vitima:** JOSE IVANILDO DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 28/06/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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.

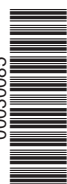
**ATENÇÃO:**

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 CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2015

Carta nº: 7702441

A/C: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

**Sinistro:** 3150714426  
**Vítima:** JOSE IVANILDO DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 28/06/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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**





Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA \_\_\_\_\_

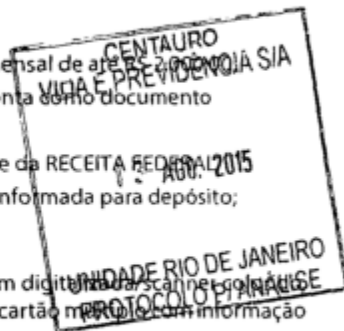
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, João Manoel dos Santos  
PORTADOR(A) DO RG Nº \_\_\_\_\_ EXPEDIDO POR \_\_\_\_\_ EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E  
CPF 058473579-77 /CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO Autônomo  
E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ ( \* ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Manoel dos Santos, 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 por mês;
- 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](http://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 ou escaneada, ou escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)  
Nº do BANCO 344 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 9698 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 05004-6

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) \_\_\_\_\_

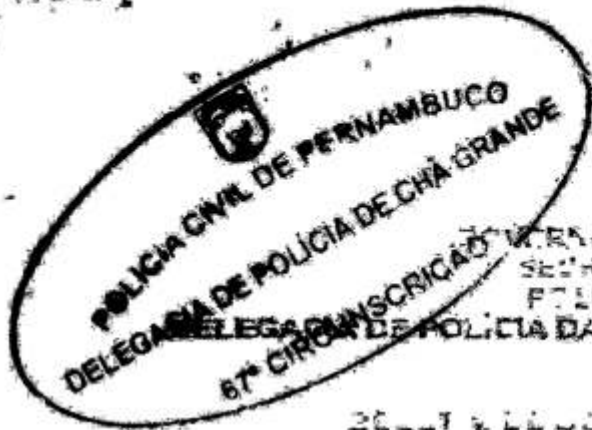
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Manoel dos Santos 16 de agosto de 2015 LOCAL E DATA  
João Manoel dos Santos 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**1001** **Centauro S/A**  
RUA LUIZ CARLOS DE ALBUQUERQUE  
S/N - JARDIM BOTANICA - RJ  
CNPJ: 06.916.811/0001-00  
INSC. ESTADUAL: 15.540.000

**CENTAURO**  
**VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**  
  
**13 AGO. 2015**  
  
**UNIDADE RIO DE JANEIRO**  
**PROTOCOLO P/ANÁLISE**



ESTADO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 67ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE - DP67ªCIRC  
CENTRO - PE 071-90

Registro de Ocorrência nº **15E0157000464**

Data e hora do registro: 07/07/2015 às 21:34

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) sem ocorrência no Trânsito**

MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, ST. PE 071-90 : CENTRO - CHA GRANDE PERNAMBUCO BRASIL  
1000 - VIA PLEIA :

Pessoas envolvidas

Nome completo e endereço

Nome completo e endereço

Nome completo e endereço

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

**JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS** (presente no placar) - Sexo: Masculino - **MARIA DE LURDES DOS SANTOS** - **ISAAC JOSÉ DOS SANTOS** - **NÃO INFORMADO**  
PERNAMBUCO - BRASIL - **VIGILANTE** - **973302739**

MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, ST. PE 071-90 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE PERNAMBUCO BRASIL

**JOSÉ ADELSON DOS SANTOS** (presente no placar) - Sexo: Masculino - **DESCONHECIDO** - **DESCONHECIDO** - **DESCONHECIDO**

**SEBASTIÃO** (não presente no placar) - Sexo: Masculino - **DESCONHECIDO** - **DESCONHECIDO** - **DESCONHECIDO**  
**NÃO INFORMADO** - **PERNAMBUCO - BRASIL**

Qualificação da(s) vítima(s)

**MOTOCICLETA (VEICULO)** - **JOSÉ ADELSON DOS SANTOS** - **CHASSI Nº**

**JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS** - **MOTOCICLETA YAMAHA NÃO INFORMADO** - **NÃO INFORMADO**  
**(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**PLACA** - **PERNAMBUCO** - **104720855** - **926KGD666F9044040**  
**21/07/2015** - **A.C. GASOL**

Complementos / Observações

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A PESSOA DE JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS INFORMANDO QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, SEGUNDO RELATA A VITIMA ELE VINGHA NO SENTIDO GRAVATA CHA GRANDE E FILTRANDO A MOTOCICLETA YAMAHA Nº DO PLACA Nº 2015 RENAVAM Nº 104720855, CHASSI Nº



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO E PERÍCIA POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO  
RUA SERRA FERREIRA, 100 - JARDIM BOTÂNICO - RIO DE JANEIRO - RJ  
CEP: 22250-000  
TEL: (21) 251-2100 FAX: (21) 251-2101  
WWW.POLICIA.RJ.GOV.BR

*João Samuel dos Santos*  
JOÃO SAMUEL DOS SANTOS  
(VITIMA)

*[Signature]*

[ ]

CENTAURO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
13 ABR 2015  
UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ANALISE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Documento de Identificação

Eu, José Manoel das Santos, portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF/MF sob o nº 058.773.574-77 residente e domiciliado na Rua do Sol N. 28 Cidade Corumbá Estado \_\_\_\_\_, 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.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Corumbá, 16 de julho de 2015

Local e data



ato declaratório



SAMU 192

### CERTIDÃO NARRATIVA DE ATENDIMENTO

Chã Grande, 10 de julho de 2015.

Declaro para os devidos fins de comprovação que **JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS**, 34 anos de idade, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 Chã Grande, no dia 28 de junho de 2015, às 21h30min (número do registro da ocorrência: 13641).

Breve descrição do caso e estado geral do paciente/vítima: **PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, NO QUAL ESTAVA NA CONDIÇÃO DE CONDUTOR DO VEÍCULO. NO MOMENTO DO SINISTRO, O MESMO ESTAVA UTILIZANDO CAPACETE E NÃO HAVIA FEITO USO DE SUBSTÂNCIAS ALCOÓLICAS. A OCORRÊNCIA FOI NA RODOVIA PE-71, EM CHÃ GRANDE-PE.**

Encaminhado para o Hospital: **HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA (CHÃ GRANDE-PE)**

Removido para o hospital de referência: Não se aplica ao caso.

Procedimentos realizados pelo SAMU 192 Chã Grande: **REALIZADO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE TRAUMA, ACESSO VENOSO PERIFÉRICO, CURATIVO COMPRESSIVO E TRANSPORTE PARA UNIDADE HOSPITALAR.**

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

*Eruno de Luna Oliveira*

Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE

**Eruno de Luna Oliveira**  
Enfermeiro Emergencista  
COREN - 308.186

CENTAURO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
8 3 AGO. 2015  
UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ ANÁLISE



Comunicação de esta Autoridade

### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Damilob das Santos

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Órgão \_\_\_\_\_

CPF nº 058.773.579-7, 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)	Rua do Sol
Número	28
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Barro Helder Lamara
Cidade	Itaúna Grande
Estado	PE
CEP	55636.000
Telefone de Contato	(81) 3426.4986
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Cuarata, 16 de julho de 2015.

Assinatura do Declarante: José Damilob das Santos





DADOS DO CLIENTE  
 HELENA FELIX DE ANGRACE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
 RUA DO SOL, 28

CPF 780 500 574-53

DOM HELDER DAMARAVENA GRANGE  
 CHA GRANDE PE  
 55638-000

CLASSIFICAÇÃO  
 BI RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Manifesta.co

CONTA CONTRATO MÊS ANO  
 7006016434 06/2015

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO  
 000078884 ÚNICA 03/08/2015

DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PRÓXIMA FATURA  
 26/06/2015 06/07/2015

APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA NÍVELAÇÃO  
 18/02/2015 2011208788 5338118

TOTAL A PAGAR (R\$)  
 60,76

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Consumo Ativo(kWh)	89,000000	0,57024980	50,75
Acréscimo Bandeira VERMELHA			7,05
Contribuição Iluminação Pública			2,98
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>60,76</b>

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
201118930		3/30/2015	3 301,00	05/06/2015	3 392,00	30	1,00000		89,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

ANIS	VALOR DO IMPÓSTO	%	VALOR DO IMPÓSTO	%
JAN 15	57,80	25,00	14,48	42,25
MAR 15	57,80	1,00	0,58	1,59
ABR 15	57,80	4,67	2,69	7,88
MAR 16				
FEV 16				
JAN 16				
DEZ 14				
NOV 14				
OUT 14				
SET 14				
AGO 14				
JUL 14				
JUN 14				

Composição do Consumo (ICMS, PIS, COFINS, Energia de Energia, Transmissão, Distribuição (Cabo), Energia Setorial, Tributos)

Consumo Ativo (kWh): 89,00

Valor a Pagar (R\$): 60,76

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Não parte da fatura é debitada e a validade é de 12 meses. Mais informações em [www.energia.gov.br](http://www.energia.gov.br). Pagamento em atraso gera multa de 2% (duas por cento) ao mês, acrescida de juros de 1% (um por cento) ao mês, no primeiro mês. O cliente é compensado quando há variação na continuidade individual ou do nível de serviço de fornecimento. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de trabalho para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 (dois) de ininterrupto, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no caso em que ocorrer a suspensão.

Comitente e não pagamento da(s) conta(s) de energia (data(s))

Vencido	Orçamento	Valor	Vencido	Orçamento	Valor
25/05/15	18/05/15	72,08	21/04/15	18/05/15	49,21
27/03/15	18/05/15	57,45	26/02/15	17/04/15	82,26

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Esta comunicação não substitui o envio de débitos anteriores bem como não altera o débito em discussão judicial que poderá ser cobrado após o fim do processo.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTORES

CONDIÇÃO GRAVATA	VALOR MENSAL	VALOR TRIMESTRAL	VALOR ANUAL
DIC	0,00	5,87	11,34
RIC	0,00	3,65	7,10
DMIC	0,00	3,78	0,00

Limite de Valor de Energia de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 17,10

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	201 - 231

CONTA CONTRATO MÊS ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)  
 7006016434 06/2015 26/06/2015 60,76

83800000000-9 60780011007-4 00601643410-1 02188147503-6



CENTAURO  
 VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
 60,76 3 AGO. 2015  
 UNIDADE RIO DE JANEIRO  
 PROTOCOLO PI ANÁLISE