

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312267 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO MODERADA DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312267 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO MODERADA DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312267 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO-OSTEOSSÍNTSE. ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO MODERADA DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD , EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312267 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO ANEXAR EXAMES DE IMAGEM RAIO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONANCIAS MAGNÉTICA, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312267 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO ANEXAR EXAMES DE IMAGEM RAIO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONANCIAS MAGNÉTICA, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO.

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 PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:Nome: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVANacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIROProfissão: ESTUDANTEIdentidade: 5.961.697 CPF: 782.277.394-15Endereço: RUA. PIRES DE SOUZA 300, CENTRO, ALTO DOIS IRMÃOS, PAUDALHO/PE.**PROCURADOR:**Nome: EVERALDO MONTES DE ALMEIDA JUNIORNacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIROProfissão: ESTUDANTEIdentidade: 5.695.267 CPF: 041.238.974-60Endereço: RUA JOSE PAULO 20 MONTE 180, CENTRO, PAUDALHO/PE.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima
IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA

19/04/2018

Local e data

IZEQUIEL FERREIRA DA SILVAAssinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

Serviço Notarial de Paudalho Mônica Machado Campos - Tabelião Titular
Rua Getúlio Vargas, 66 - Centro - Paudalho/PE - Cep: 55.825-000 - Fone/Fax: (81) 3636-2681 / Fone: (81) 3636-1924 - www.cartorio.com.br

Reconheço por, AUTENTICIDADE a firma: IZQUEILO FERREIRA DA SILVA, dou fé. Paudalho/PE 19/04/2018 12:46:31 OF.:39 LAHNUZA VASCONCELOS GOMES Selo Digital 0073940.FAR03201802.03001 Email: 3.39; TSHR: 0,80; FERC: 0,40 ISS: R\$ 0,20 Total: 4,79 Substituto. Possui autenticidade em www.tipe.jus.br/seledigital.

Mônica Machado Campos

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180312267**
Vitima: **IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **08/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EVERALDO DANTAS DE ALMEIDA JUNIOR**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180312267**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180312267**
Vitima: **IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **08/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EVERALDO DANTAS DE ALMEIDA JUNIOR**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180312267**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180312267**

Vitima: **IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **08/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EVERALDO DANTAS DE ALMEIDA JUNIOR**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180312267**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoraslider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

782.277.394-15

Nome completo da vítima

Izequiel Ferreira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Izequiel Ferreira da Silva	CPF titular da conta	782.277.394-15	Profissão	Operador
Endereço	Juij Prefeito Bento Cavalcante	Número	04	Complemento	084
Bairro	Alto dos Irmãos	Cidade	Paualto	Estado	PE
Email	(81) 9.9949 8785				

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

N.R.O.

N.R.O.

CONTA

N.R.O.

N.R.O.

1248

00059213 - 8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

N.R.O.

AGÊNCIA

N.R.O.

CONTA

N.R.O.

D/V

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

EXCELSIOR SEGURO

09 JUN 2018

Local e Data

SE

Paualto, 20 de Agosto de 2018.

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



EXCELSIOR SEGURANÇA
09 MAR 2018
CNPJ 31.923.052/0001-00

2 de 2

CONFERE COM
O ORIGINAL

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -
DP47ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0137001339

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/07/2018** às
13:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **3/3/2018** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PAUDALHO, 1, RUA PLANALTO,
ALTO DOIS IRMÃOS - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EDMILSON MOTO TÁXI (TESTEMUNHA)
IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

EXCELSIOR SEGUROS

**IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
SEVERINA DE LOURDES DA SILVA Pai: JOSE FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento:
8/8/1968 Naturalidade: PAUDALHO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5061867/SDS/PE
(RG), 78227738416 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Profissão: OPERADOR Telefones Celulares:
- 81992298647**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE PAUDALHO, , RUA PREF. BERTO CAVALCANTE, N°
64, ALTO DOIS IRMÃOS - CEP: - Bairro: - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

**MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): EDMILSON MOTO TÁXI
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 Objeto apreendido: N/A**

Boletim de Ocorrência

CONFERE COM O ORIGINAL

file:///C:/Users/3D3/.infopol/xml/BOEPreview.html

Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEW1286 (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Chassi: 8G2JC4118CR532674

Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012 Combustível: GASOLINA

Descrição: PROPRIETÁRIO: AILTON TERTO RODRIGUES, CPF 056.462.744-51

Complemento / Observação

IZEQUIEL RELATA QUE SEGUIA COMO PASSAGEIRO DE MOTO TÁXI NA MOTO ACIMA IDENTIFICADA PELA RUA PLANALTO, QUANDO DOIS ADOLESCENTES EM UMA BICICLETA FECHARAM PARA O LADO DA MOTO, OBRIGANDO O MOTOQUEIRO A PUXAR O VEÍCULO PARA O LADO, PORÉM ESCARROU EM UM MONTE DE AREIA, DESEQUILIBRANDO, VENDO VEÍCULO E VÍTIMA A CAIR E FICAR FERIDA. IZEQUIEL FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE PAUDALHO, CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO N° 29184, DE 08/03/2018, DEPOIS FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE PERMANECIU ATÉ DIA 11/03, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SANTA CASA, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA.

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

Izequiel F. da Silva
IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

Izequiel F. da Silva

B.O. registrado por: EDIVILMA REITE DOS SANTOS - Matrícula: 272885-0



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

IZEDENEI FERREIRA DA SILVA

CPF da Vítima

782.277.394-15

Data do Acidente

08/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



PAULISTANO, 20 de Agosto

Local e Data

de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Agr42

PRÓNTUARIO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Data Entrada: 08/03/18 Hora: 15:25 Registro: 29194

Nome: Izael Ferreira da Silva

Data Nascimento: 08.09.69 480

Filiação: Severina de Lourdes da Silva

Endereço: Pref. Beto Carrecoant n.º 04

Nome do Acompanhante:

Endereço do Acompanhante:

Local da Ocorrência:

Tipo de Ocorrência:

() Acidente de Trânsito () Agressão () Suicídio () Acidente de Trabalho () Outros.

Queixa:

Dores - dor crônica.
Dor - intolerável.

Medicação:

Dor + dor crônica.
Fmitacor
Toloxine

o Dolor crónico (4) Dor (4)

18/03/18
18/03/18
18/03/18

Juliana

Dr. Wilson Barros

EXCELSIOR SEGURO

09. III. 2018

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: 26/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 00000059213-8

Nr. da Autenticação 3B27AB95EBC62516

MEMORIAL LINTAS DE ALMEIDA - 1900

RUA JOSÉ PAULO DO MONTE 181

CPF: 041.238.974-60

STA TEREZA/PAUDALHO
PAUDALHO PE
55875-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofamiliar

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
017104006	LINCA	10/05/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA PRESTAGEM
10/05/2018	20024198-5	Emissor

CONTA CONTRATO	MÊS ANO
7007449245	05/2018
DIA DE VENCIMENTO	DATA PRAZO PRESTALERTA
25/05/2018	19/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	

DESCRIÇÃO DA MOTA Fêmea

Consumo Ativo (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acréscimo Bandeira AMARELA	68.000000	0,74070398	48,88
Contribuição Iluminação Pública			0,51
CMS Subvenção-CDE-NF 009582154 - 18/03/18			0,26
Multa por atraso-NF 009582154 - 18/03/18			0,40
Multa por atraso-NF 009582154 - 18/03/18			0,87
Multa de Atenção-NF 009582154 - 18/03/18			0,53
Multa de Atenção-NF 009582154 - 18/03/18			0,30

TETAN DU FESTIVAL

57/20

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO EDIÇÃO 30111112	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR LEITURA 4.372,00	DATA 16/02/2018	ATUAL LEITURA 4.372,00	Nº DE SALAS 30	CONSTANTE 1.00000	ABRIRTE	CONSUMO (MTR) 0,00

PERÍODO DE REFERÊNCIA	CATEGORIA	ALTERAÇÕES DE PREÇO			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
		BASÉIA CALCULADA	% MÉDIO	VALOR DO MERCADO	
MAR'18	86				Geração de Energia R\$ 10,31 31,3%
ABR'18	53				Transmissão R\$ 7,20 4,6%
MAR'18	84	ICMS	18,44	21,00	Distribuição (Carga) R\$ 10,38 30,8%
DEZ'17	70	PIS	-6,44	1,13	Período da Energia R\$ 3,24 2,3%
MAR'18	87	COFINS	-15,44	1,52	Auxílio à Sist. R\$ 2,66 1,8%
MAR'17	71			2,83	Tributos R\$ 13,84 31,4%
MAR'17	81				Total R\$ 40,44 100%
Consumo Ativado		VALORES ANTES DA TABELA			2.030.680,00
ABR'17	66				
ABR'17	68				
ABR'17	69				
ABR'17	70				
ABR'17	71				
ABR'17	72				
ABR'17	73				
ABR'17	74				
ABR'17	75				
ABR'17	76				
ABR'17	77				
ABR'17	78				
ABR'17	79				
ABR'17	80				
ABR'17	81				
ABR'17	82				
ABR'17	83				
ABR'17	84				
ABR'17	85				
ABR'17	86				
ABR'17	87				
ABR'17	88				
ABR'17	89				
ABR'17	90				
ABR'17	91				
ABR'17	92				
ABR'17	93				
ABR'17	94				
ABR'17	95				
ABR'17	96				
ABR'17	97				
ABR'17	98				
ABR'17	99				
ABR'17	100				
ABR'17	101				
ABR'17	102				
ABR'17	103				
ABR'17	104				
ABR'17	105				
ABR'17	106				
ABR'17	107				
ABR'17	108				
ABR'17	109				
ABR'17	110				
ABR'17	111				
ABR'17	112				
ABR'17	113				
ABR'17	114				
ABR'17	115				
ABR'17	116				
ABR'17	117				
ABR'17	118				
ABR'17	119				
ABR'17	120				
ABR'17	121				
ABR'17	122				
ABR'17	123				
ABR'17	124				
ABR'17	125				
ABR'17	126				
ABR'17	127				
ABR'17	128				
ABR'17	129				
ABR'17	130				
ABR'17	131				
ABR'17	132				
ABR'17	133				
ABR'17	134				
ABR'17	135				
ABR'17	136				
ABR'17	137				
ABR'17	138				
ABR'17	139				
ABR'17	140				
ABR'17	141				
ABR'17	142				
ABR'17	143				
ABR'17	144				
ABR'17	145				
ABR'17	146				
ABR'17	147				
ABR'17	148				
ABR'17	149				
ABR'17	150				
ABR'17	151				
ABR'17	152				
ABR'17	153				
ABR'17	154				
ABR'17	155				
ABR'17	156				
ABR'17	157				
ABR'17	158				
ABR'17	159				
ABR'17	160				
ABR'17	161				
ABR'17	162				
ABR'17	163				
ABR'17	164				
ABR'17	165				
ABR'17	166				
ABR'17	167				
ABR'17	168				
ABR'17	169				
ABR'17	170				
ABR'17	171				
ABR'17	172				
ABR'17	173				
ABR'17	174				
ABR'17	175				
ABR'17	176				
ABR'17	177				
ABR'17	178				
ABR'17	179				
ABR'17	180				
ABR'17	181				
ABR'17	182				
ABR'17	183				
ABR'17	184				
ABR'17	185				
ABR'17	186				
ABR'17	187				
ABR'17	188				
ABR'17	189				
ABR'17	190				
ABR'17	191				
ABR'17	192				
ABR'17	193				
ABR'17	194				
ABR'17	195				
ABR'17	196				
ABR'17	197				
ABR'17	198				
ABR'17	199				
ABR'17	200				
ABR'17	201				
ABR'17	202				
ABR'17	203				
ABR'17	204				
ABR'17	205				
ABR'17	206				
ABR'17	207				
ABR'17	208				
ABR'17	209				
ABR'17	210				
ABR'17	211				
ABR'17	212				
ABR'17	213				
ABR'17	214				
ABR'17	215				
ABR'17	216				
ABR'17	217				
ABR'17	218				
ABR'17	219				
ABR'17	220				
ABR'17	221				
ABR'17	222				
ABR'17	223				
ABR'17	224				
ABR'17	225				
ABR'17	226				
ABR'17	227				
ABR'17	228				
ABR'17	229				
ABR'17	230				
ABR'17	231				
ABR'17	232				
ABR'17	233				
ABR'17	234				
ABR'17	235				
ABR'17	236				
ABR'17	237				
ABR'17	238				
ABR'17	239				
ABR'17	240				
ABR'17	241				
ABR'17	242				
ABR'17	243				
ABR'17	244				
ABR'17	245				
ABR'17	246				
ABR'17	247				
ABR'17	248				
ABR'17	249				
ABR'17	250				
ABR'17	251				
ABR'17	252				
ABR'17	253				
ABR'17	254				
ABR'17	255				
ABR'17	256				
ABR'17	257				
ABR'17	258				
ABR'17	259				
ABR'17	260				
ABR'17	261				
ABR'17	262				
ABR'17	263				
ABR'17	264				
ABR'17	265				
ABR'17	266				
ABR'17	267				
ABR'17	268				
ABR'17	269				
ABR'17	270				
ABR'17	271				
ABR'17	272				
ABR'17	273				
ABR'17	274				
ABR'17	275				
ABR'17	276				
ABR'17	277				
ABR'17	278				
ABR'17	279				
ABR'17	280				
ABR'17	281				
ABR'17	282				
ABR'17	283				
ABR'17	284				
ABR'17	285				
ABR'17	286				
ABR'17	287				
ABR'17	288				
ABR'17	289				
ABR'17	290				
ABR'17	291				
ABR'17	292				
ABR'17	293				
ABR'17	294				
ABR'17	295				
ABR'17	296				
ABR'17	297				
ABR'17	298				
ABR'17	299				
ABR'17	300				
ABR'17	301				
ABR'17	302				
ABR'17	303				
ABR'17	304				
ABR'17	305				
ABR'17	306				
ABR'17	307				
ABR'17	308				
ABR'17	309				
ABR'17	310				
ABR'17	311				
ABR'17	312				
ABR'17	313				
ABR'17	314				
ABR'17	315				
ABR'17	316				
ABR'17	317				
ABR'17	318				
ABR'17	319				
ABR'17	320				
ABR'17	321				
ABR'17	322				
ABR'17	323				
ABR'17	324				
ABR'17	325				
ABR'17	326				
ABR'17	327				
ABR'17	328				
ABR'17	329				
ABR'17	330				
ABR'17	331				
ABR'17	332				
ABR'17	333				
ABR'17	334				
ABR'17	335				
ABR'17	336				
ABR'17	337				
ABR'17	338				
ABR'17	339				
ABR'17	340				
ABR'17	341				
ABR'17	342				
ABR'17	343				
ABR'17	344				
ABR'17	345				
ABR'17	346				
ABR'17	347				
ABR'17	348				
ABR'17	349				
ABR'17	350				
ABR'17	351				
ABR'17	352				
ABR'17	353				
ABR'17	354				
ABR'17	355				
ABR'17	356				
ABR'17	357				
ABR'17	358				
ABR'17	359				
ABR'17	360				
ABR'17	361				
ABR'17	362				
ABR'17	363				
ABR'17	364				
ABR'17	365				
ABR'17	366				
ABR					

TENCÂNCIAÇÃO DE INFORMAÇÕES - A

[View the full version of this page](#)

Este comunicado deve ser publicado em todos os veículos de comunicação social da sua jurisdição, e deve ser encaminhado para o seu presidente, para o seu secretário-geral e para os seus conselhos de administração.

esta europeia, intitulado de 20117 e
esta articolacion. Esta convegno
sustentou, para promover a
compreensão entre os legisladores ou
consumidores, em reuniões das
futuramente montadas. Art. art.
Lc. 12.007/06. Esta declaração
dá-lhe direitos e obrigações
de personalidade humana, que devem ser
observados tanto no exterior quanto
no seu território. Art.

ESTIMACIONES DE FRECUENCIAS PARA INTERVALOS-CLASES					
VALOR ALTA ESTIMADO	VALOR BAJA ESTIMADO	LÍMITE ESTIMADO		LÍMITE ESTIMADO M.D.	LÍMITE ESTIMADO ANTES
		MINIMO	MÁXIMO		
2.00		3.00	4.73	3.46	22.21
0.00		3.00	0.00	0.00	
LÍMITE D.O.F.	12.23	INTERVALO DE ESTIMACIÓN		INTERVALO DE ESTIMACIÓN	



EXCELSIOR SEGUR
09. III. 2018

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Everaldo Santos de Almeida Júnior inscrito (a) no CPF/CNPJ 041.238.974 / 60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Izidroel Fernanda da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 782.277.394 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura MUALIDEZ da Vítima Izidroel Fernanda da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 782.277.394 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

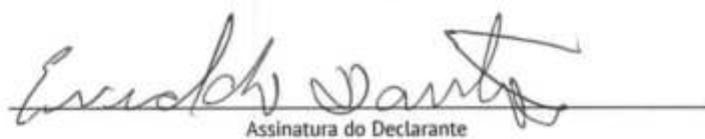
Recuso informar

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	Rua José Paulo do Monte	Número	181	Complemento	C154
Bairro	SANTA TEREZA	Cidade	PAU ALHO	Estado	PE
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(81) 9.9949.8785

Pau Alho, 20 de ABRIL de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGURANÇA
09.III.2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ailton Terto Rodrigues,
RG nº 5.878.091, data de expedição 22/07/2014,
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 056.462.744-51, com
domicílio na cidade de Paudalho, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Alto Belém 64, nº 03,
complemento B1A, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Reginaldo Ferreira da Silva, cujo o condutor era
EDMILSON.

Veículo: Moto eletro

Modelo: HONDA

Ano: 2012

Placa: PEV 1295

Chassi: 9CQDC4M0CR533574

Data do Acidente:

Local e Data: Paudalho, 19/04/2018

Reconheço
Cartório Machado Campos

Ailton Terto Rodrigues

Assinatura do Declarante

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



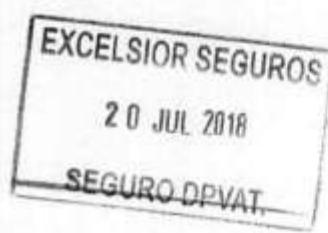
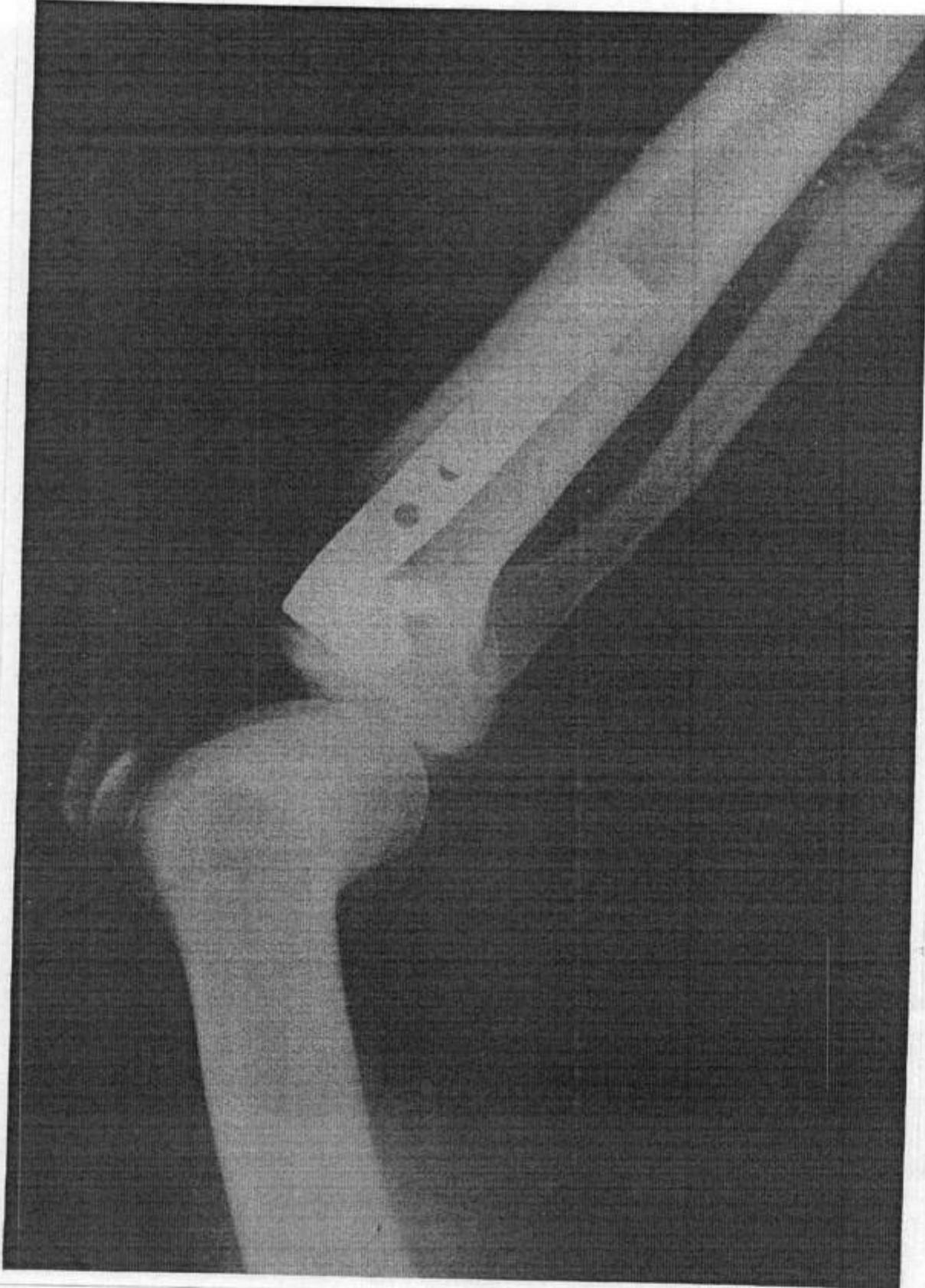
Serviço Notarial de Paudalho Mônica Machado Campos - Tabelião Titular

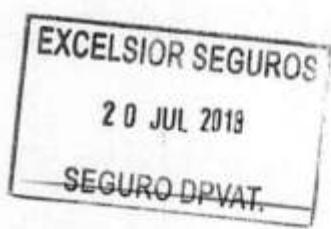
Rua General Siza, 66 - Centro - Paudalho/PE - Cep: 55.825-000 - Fone/Fax: (81) 3636-2601 / Fone: (81) 3636-1024 - www.cartoriomachado.com.br

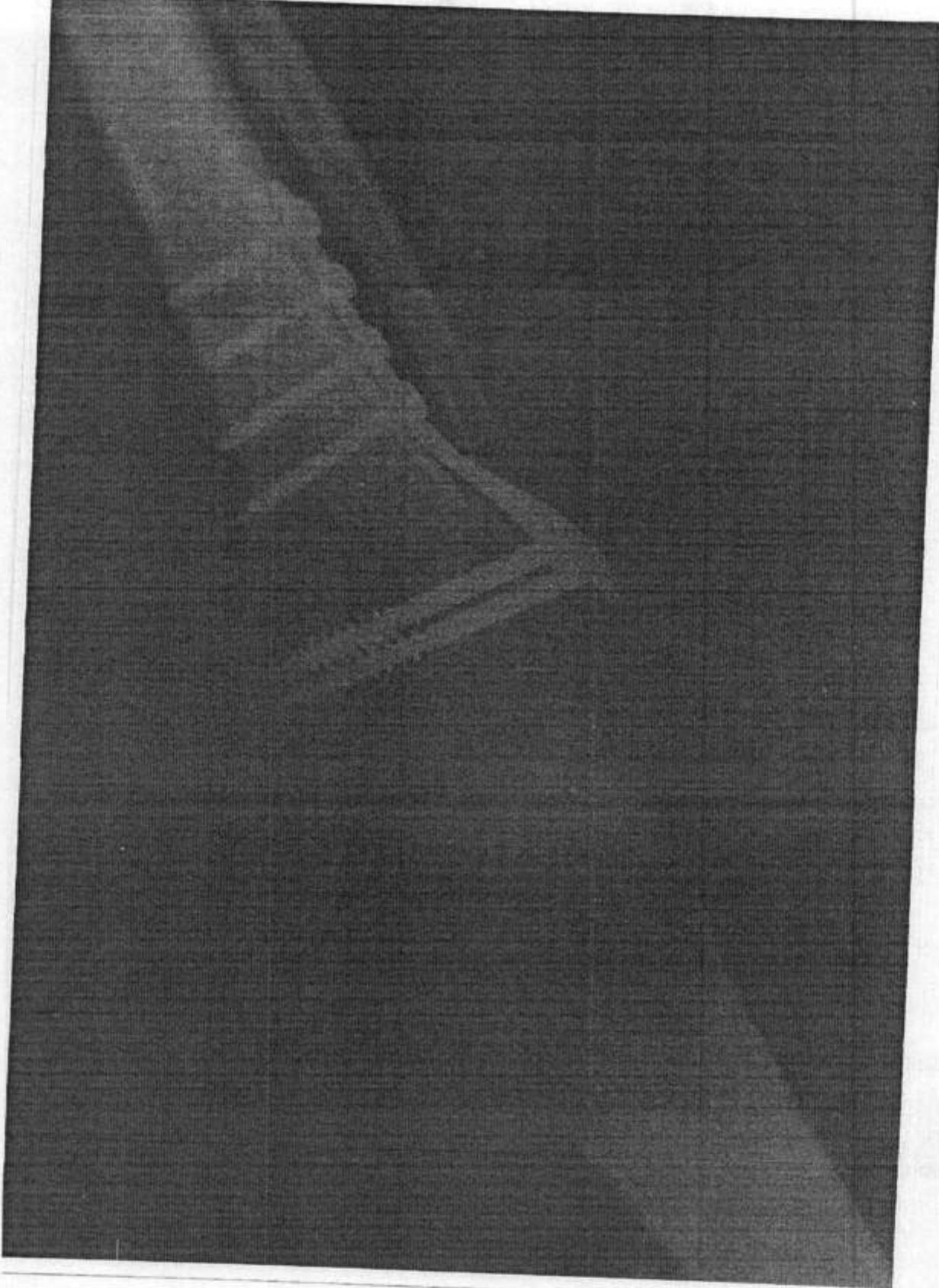
Reconheço por, AUTENTICIDADE a firma: AILTON TERTO RODRIGUES, dou
fé. Paudalho/PE 19/04/2018 11:37:39 OP.:42 LANNUSA VASCONCELOS
GOMES Selo Digital 0073940.EDH03201802.02997 Emol: 3,39; TSR:
0,80; FERC: 0,40 ISS: R\$ 0,20 Total: 4,79 Substituta Consulta
autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Machado Campos

EXCELSICO 0001
09.04.2018
SACAR







EXCELSIOR SEGUROS
20 JUL 2013
SEGURO DPVAT.



EXCELSIOR SEGUROS
20 JUL 2013
SEGURO DPVAT.

3180312267



Santa Casa de Misericórdia do Recife
HOSPITAL DE SANTO AMARO

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA DIREITA, APRESENTA ARTROSE DO JOELHO, TRANSTORNOS INTERNOS, LIMITAÇÃO DE FLEXO EXTENSÃO E DEFÍCIT DE MARCHA.

CID 10 – S82.1 + M19.1 + M23

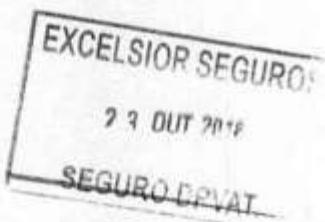
Recife, 17/10/2018



Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA CRM: 10531
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 DE 24/08/2001.

Av. Cruz Cabugá, 1563 – Santo Amaro – Recife/PE
PABX: 3412-3800





EXCELSIOR SECTION

09.011 2018



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **782.277.394-15**

Nome: **IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA**

Data de Nascimento: **08/09/1969**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

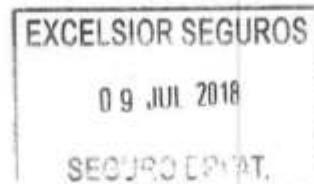
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **18:30:34** do dia **04/07/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **7E95.BE91.8DE7.33E5**



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

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





EXCELSIOR SEGUROS

09 JUL 2018

SEGURO DPVAT.

0247874140

ID

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José Quirino Ferreira da Silva
 DATA DO ACIDENTE 08-03-19 CPF DA VÍTIMA 782.277.394-15

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTE ESCONDE
 A VÍTIMA É _____
 ENDERÉCO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ UF _____ BAIRRO _____ CEP _____
 CIDADE _____ E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COPIA DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.
- BOLETIM DE ATÉ ENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

EXCELSIOR SEGUROS
 09 JUL 2018

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - Morte = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - Morte = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PÉRIO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADO.TRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENCIADA

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

0247874140

ID

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José Quirino Ferreira da SilvaDATA DO ACIDENTE 08-03-19 CPF DA VÍTIMA 782.277.396-15

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTE ESCONDEU A VÍTIMAENDERECO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
Bairro _____ Telefone (_____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COPIA DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.

- BOLETIM DE ATÉ ENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • Morte = R\$ 13.500,00
 • Invalidez Permanente = Até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com tabela de seguro prevista na Lei 6.194/74.
 • Despesas Médicas (DAMS) = Reembolso até R\$ 2.700,00 (Reembolso); este valor varia conforme o total de despesas comprovadas.

- PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
 • PARA ACOMPANHAR O PÉRIO DO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE
 DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA: Flávia M. V. M. M.

- RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
 DATA: 05-07-18
 NOME: Flávia M. V. M. M.
 ASSINATURA: _____

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

EXCELSIOR SEGURO DPVAT
09 JUL 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312267 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO-OSTEOSSÍNTSE. ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO MODERADA DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD , EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".