

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

Valoração 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:

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

Valoração 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-OSTEOSSÍNTESE.
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

Valoração 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 RAO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONANCIA 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

Valoração 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 RAO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONANCIA 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

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: IZEDUIEL FERREIRA DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: OPERADOR

Identidade: 5.961.697

CPF: 782.277.394-15

Endereço: RUA PIREGITO BENTO GUALBERTO, ALTO DOIS IRMÃOS, PAUDALHO/PE

PROCURADOR:

Nome: EUEVALDO SANTAS DE ALMEIDA JUNIOR

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: AUTÔNOMO

Identidade: 5.695.267

CPF: 041.238.974-60

Endereço: RUA JOSE PAULO DO 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 IZEDUIEL FERREIRA DA SILVA.

RECONHEÇO

19/04/2018

Local e data

IZEDUIEL FERREIRA DA SILVA

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

EXCELSIOR
09 JUL 2018



Serviço Notarial de Paudalho - Mônica Machado Campos - Tabelião Titular
Rua Getúlio Silva, 66 - Centro - Paudalho/PE - Cep: 55.825-000 - Fone/Fax: (81) 3636-2001 / Fone: (81) 3636-1024 - www.cartoriope.com.br

Reconheço por, AUTENTICIDADE a firma: IZEDUIEL FERREIRA DA SILVA, do fe. Paudalho/PE 19/04/2018 12:46:31 OP.: 39 LAYNUSA VASCONCELOS GOMES Selo Digital 0073940.FAR03201802.03001 Emol: 3,39; TSNR: 0,80; FERC: 0,40 ISS: R\$ 0,20 Total: 4,79 Substitua, consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital.

Cartório 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

Carta nº 13094833



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.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



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

IZEDUELI FERREIRA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo IZEDUELI FERREIRA DA SILVA		CPF titular da conta 782.277.394-15	Profissão OPERADORA
Endereço RUA PREFEITO ZENÓ CRUZANTE		Número 04	Complemento CASA
Bairro ALTO DOIS IRMÃOS	Cidade PAUZZILHO	Estado PE	CEP 55825-000
Email		Telefone (DDD) (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
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ NRO _____ D/V _____ NRO _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO. 1248 D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 00059213- D/V 8 (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.

PAUZZILHO, 20 de Abril de 2018.

Local e Data

IZEDUELI FERREIRA DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



EXCELSIOR SEGUROS
09 JUL 2018
09 JUL 2018

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 Nº. 18E0137001339**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **8/3/2018** 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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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: RG: 1607/SDS/PE (RG), 78227738416 (CPF) Estado Civil: ANASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: OPERADOR Telefones Celulares: - 81992298647

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE PAUDALHO, , RUA PREF. BERTO CAVALCANTE, Nº 04, 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: **Não**

Boletim de Ocorrência

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

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

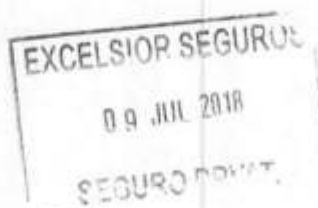
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PEV1286** (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Chassi: **9C2JC4119CR532674**Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**Descrição: **PROPRIETÁRIO: AILTON TERTO RODRIGUES, CPF 050.462.744-61****Complemento / Observação**

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 ESBARROU EM UM MONTE DE AREIA, DESEQUILIBRANDO, VINDO VEÍCULO E VÍTIMA A CAIR E FICAR FERIDA. IZEQUIEL FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE PAUDALHO, CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO Nº 29184, DE 03/03/2018, DEPOIS FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE PERMANECER 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 nesta unidade policial

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

Izequiel F. da Silva

B.O. registrado por: **EDIVILMA LEITE 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

IZEDUELI 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.

EXCELSIOR SEGUROS

09 JUL 2018

SEGURO DPVAT

PAUÇALHO, 20 de Abril

de 2018

Local e Data

Izeduele Ferreira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Prefeitura do
PAUDALHO
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital Municipal de Paudalho

R. José Paulo do Monte, 303 - Stª. Tereza - Paudalho - PE

CNPJ.: 07.868.234/0001-02

Ag42

PRONTUÁRIO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

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

Nome: Izel Daniel Ferreira da Silva

Data Nascimento: 08.09.69 480

Filiação: Severina de Lourdes da Silva

Endereço: Pref. Beto Cavalcanti N.º 04

Nome do Acompanhante:

Endereço do Acompanhante:

2
69
78

Local da Ocorrência:

Tipo de Ocorrência:

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

Queixa:

Queda - dor de
bexiga - toalha.

Medicação:

Dor + bexiga +
frenos +
toalha

o do toalha + 1/4 (4)

18/03/18
578983

Juliana

Dr. Wilson Barros

EXCELSIOR SEGURO.

09.11.2018

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: 000000059213-8

Nr. da Autenticação 3B27AB95EBC62516

CHIVALHOS LANTAS DE ALMEIDA JUNIOR

RUA JOSE PAULO DO MONTE 181

CPF: 041.238.974-80

STA TEREZA/PAUDALHO
PAUDALHO PE
55825-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
01710408	UNICA	10/05/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
10/05/2018	2002419819	5408508

CONTA CONTRATO	MF ANO
7007449245	05/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESENTAÇÃO/ASSINATURA
25/05/2018	18/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	57,79

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	86.000000	0,74070389	63,89
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,58
Contribuição Iluminação Pública			0,25
ICMS Subvenção COE-Nº 009582154-18/03/18			0,40
Multa por atraso-Nº 009582154-18/03/18			2,87
Juros por atraso-Nº 009582154-18/03/18			0,53
Atualização IOP-Nº 009582154-18/03/18			0,30

TOTAL DA FATURA

57,79

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	ANETE	CONSUMO (kWh)
000000	FUNÇÃO	DATA	DATA	DIAS			
20111132	CAT	18/05/2018	18/05/2018	25	1,0000		86,00

RELAÇÃO DE CONSUMO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
PERÍODO	CONSUMO (kWh)	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)
01/01/18	86,00	86,00	63,89
02/01/18	86,00	86,00	63,89
03/01/18	86,00	86,00	63,89
04/01/18	86,00	86,00	63,89
05/01/18	86,00	86,00	63,89
06/01/18	86,00	86,00	63,89
07/01/18	86,00	86,00	63,89
08/01/18	86,00	86,00	63,89
09/01/18	86,00	86,00	63,89
10/01/18	86,00	86,00	63,89
11/01/18	86,00	86,00	63,89
12/01/18	86,00	86,00	63,89
01/02/18	86,00	86,00	63,89
02/02/18	86,00	86,00	63,89
03/02/18	86,00	86,00	63,89
04/02/18	86,00	86,00	63,89
05/02/18	86,00	86,00	63,89
06/02/18	86,00	86,00	63,89
07/02/18	86,00	86,00	63,89
08/02/18	86,00	86,00	63,89
09/02/18	86,00	86,00	63,89
10/02/18	86,00	86,00	63,89
11/02/18	86,00	86,00	63,89
12/02/18	86,00	86,00	63,89
01/03/18	86,00	86,00	63,89
02/03/18	86,00	86,00	63,89
03/03/18	86,00	86,00	63,89
04/03/18	86,00	86,00	63,89
05/03/18	86,00	86,00	63,89
06/03/18	86,00	86,00	63,89
07/03/18	86,00	86,00	63,89
08/03/18	86,00	86,00	63,89
09/03/18	86,00	86,00	63,89
10/03/18	86,00	86,00	63,89
11/03/18	86,00	86,00	63,89
12/03/18	86,00	86,00	63,89
01/04/18	86,00	86,00	63,89
02/04/18	86,00	86,00	63,89
03/04/18	86,00	86,00	63,89
04/04/18	86,00	86,00	63,89
05/04/18	86,00	86,00	63,89
06/04/18	86,00	86,00	63,89
07/04/18	86,00	86,00	63,89
08/04/18	86,00	86,00	63,89
09/04/18	86,00	86,00	63,89
10/04/18	86,00	86,00	63,89
11/04/18	86,00	86,00	63,89
12/04/18	86,00	86,00	63,89
01/05/18	86,00	86,00	63,89
02/05/18	86,00	86,00	63,89
03/05/18	86,00	86,00	63,89
04/05/18	86,00	86,00	63,89
05/05/18	86,00	86,00	63,89
06/05/18	86,00	86,00	63,89
07/05/18	86,00	86,00	63,89
08/05/18	86,00	86,00	63,89
09/05/18	86,00	86,00	63,89
10/05/18	86,00	86,00	63,89
11/05/18	86,00	86,00	63,89
12/05/18	86,00	86,00	63,89
01/06/18	86,00	86,00	63,89
02/06/18	86,00	86,00	63,89
03/06/18	86,00	86,00	63,89
04/06/18	86,00	86,00	63,89
05/06/18	86,00	86,00	63,89
06/06/18	86,00	86,00	63,89
07/06/18	86,00	86,00	63,89
08/06/18	86,00	86,00	63,89
09/06/18	86,00	86,00	63,89
10/06/18	86,00	86,00	63,89
11/06/18	86,00	86,00	63,89
12/06/18	86,00	86,00	63,89
01/07/18	86,00	86,00	63,89
02/07/18	86,00	86,00	63,89
03/07/18	86,00	86,00	63,89
04/07/18	86,00	86,00	63,89
05/07/18	86,00	86,00	63,89
06/07/18	86,00	86,00	63,89
07/07/18	86,00	86,00	63,89
08/07/18	86,00	86,00	63,89
09/07/18	86,00	86,00	63,89
10/07/18	86,00	86,00	63,89
11/07/18	86,00	86,00	63,89
12/07/18	86,00	86,00	63,89
01/08/18	86,00	86,00	63,89
02/08/18	86,00	86,00	63,89
03/08/18	86,00	86,00	63,89
04/08/18	86,00	86,00	63,89
05/08/18	86,00	86,00	63,89
06/08/18	86,00	86,00	63,89
07/08/18	86,00	86,00	63,89
08/08/18	86,00	86,00	63,89
09/08/18	86,00	86,00	63,89
10/08/18	86,00	86,00	63,89
11/08/18	86,00	86,00	63,89
12/08/18	86,00	86,00	63,89
01/09/18	86,00	86,00	63,89
02/09/18	86,00	86,00	63,89
03/09/18	86,00	86,00	63,89
04/09/18	86,00	86,00	63,89
05/09/18	86,00	86,00	63,89
06/09/18	86,00	86,00	63,89
07/09/18	86,00	86,00	63,89
08/09/18	86,00	86,00	63,89
09/09/18	86,00	86,00	63,89
10/09/18	86,00	86,00	63,89
11/09/18	86,00	86,00	63,89
12/09/18	86,00	86,00	63,89
01/10/18	86,00	86,00	63,89
02/10/18	86,00	86,00	63,89
03/10/18	86,00	86,00	63,89
04/10/18	86,00	86,00	63,89
05/10/18	86,00	86,00	63,89
06/10/18	86,00	86,00	63,89
07/10/18	86,00	86,00	63,89
08/10/18	86,00	86,00	63,89
09/10/18	86,00	86,00	63,89
10/10/18	86,00	86,00	63,89
11/10/18	86,00	86,00	63,89
12/10/18	86,00	86,00	63,89
01/11/18	86,00	86,00	63,89
02/11/18	86,00	86,00	63,89
03/11/18	86,00	86,00	63,89
04/11/18	86,00	86,00	63,89
05/11/18	86,00	86,00	63,89
06/11/18	86,00	86,00	63,89
07/11/18	86,00	86,00	63,89
08/11/18	86,00	86,00	63,89
09/11/18	86,00	86,00	63,89
10/11/18	86,00	86,00	63,89
11/11/18	86,00	86,00	63,89
12/11/18	86,00	86,00	63,89
01/12/18	86,00	86,00	63,89
02/12/18	86,00	86,00	63,89
03/12/18	86,00	86,00	63,89
04/12/18	86,00	86,00	63,89
05/12/18	86,00	86,00	63,89
06/12/18	86,00	86,00	63,89
07/12/18	86,00	86,00	63,89
08/12/18	86,00	86,00	63,89
09/12/18	86,00	86,00	63,89
10/12/18	86,00	86,00	63,89
11/12/18	86,00	86,00	63,89
12/12/18	86,00	86,00	63,89
01/01/19	86,00	86,00	63,89
02/01/19	86,00	86,00	63,89
03/01/19	86,00	86,00	63,89
04/01/19	86,00	86,00	63,89
05/01/19	86,00	86,00	63,89
06/01/19	86,00	86,00	63,89
07/01/19	86,00	86,00	63,89
08/01/19	86,00	86,00	63,89
09/01/19	86,00	86,00	63,89
10/01/19	86,00	86,00	63,89
11/01/19	86,00	86,00	63,89
12/01/19	86,00	86,00	63,89
01/02/19	86,00	86,00	63,89
02/02/19	86,00	86,00	63,89
03/02/19	86,00	86,00	63,89
04/02/19	86,00	86,00	63,89
05/02/19	86,00	86,00	63,89
06/02/19	86,00	86,00	63,89
07/02/19	86,00	86,00	63,89
08/02/19	86,00	86,00	63,89
09/02/19	86,00	86,00	63,89
10/02/19	86,00	86,00	63,89
11/02/19	86,00	86,00	63,89
12/02/19	86,00	86,00	63,89
01/03/19	86,00	86,00	63,89
02/03/19	86,00	86,00	63,89
03/03/19	86,00	86,00	63,89
04/03/19	86,00	86,00	63,89
05/03/19	86,00	86,00	63,89
06/03/19	86,00	86,00	63,89
07/03/19	86,00	86,00	63,89
08/03/19	86,00	86,00	63,89
09/03/19	86,00	86,00	63,89
10/03/19	86,00	86,00	63,89
11/03/19	86,00	86,00	63,89
12/03/19	86,00	86,00	63,89
01/04/19	86,00	86,00	63,89
02/04/19	86,00	86,00	63,89
03/04/19	86,00	86,00	63,89
04/04/19	86,00	86,00	63,89
05/04/19	86,00	86,00	63,89
06/04/19	86,00	86,00	63,89
07/04/19	86,00	86,00	63,89
08/04/19	86,00	86,00	63,89
09/04/19	86,00	86,00	63,89
10/04/19	86,00	86,00	63,89
11/04/19	86,00	86,00	63,89
12/04/19	86,00	86,00	63,89
01/05/19	86,00	86,00	63,89
02/05/19	86,00	86,00	63,89
03/05/19	86,00	86,00	63,89
04/05/19	86,00	86,00	63,89
05/05/19	86,00	86,00	63,89
06/05/19	86,00	86,00	63,89
07/05/19	86,00	86,00	63,89
08/05/19	86,00	86,00	63,89
09/05/19	86,00	86,00	63,89
10/05/19	86,00	86,00	63,89
11/05/19	86,00	86,00	63,89
12/05/19	86,00	86,00	63,89
01/06/19	86,00	86,00	63,89
02/06/19	86,00	86,00	63,89
03/06/19	86,00	86,00	63,89
04/06/19	86,00	86,00	63,89
05/06/19	86,00	86,00	63,89
06/06/19	86,00	86,00	63,89
07/06/19	86,00	86,00	63,89
08/06/19	86,00	86,00	63,89
09/06/19	86,00	86,00	63,89
10/06/19	86,00	86,00	63,89
11/06/19	86,00	86,00	63,89
12/06/19	86,00	86,00	63,89
01/07/19	86,00	86,00	63,89
02/07/19	86,00	86,00	63,89
03/07/19	86,00	86,00	63,89
04/07/19	86,00	86,00	63,89
05/07/19	86,00	86,00	63,89
06/07/19	86,00	86,00	63,89
07/07/19	86,00	86,00	63,89
08/07/19	86,00	86,00	63,89
09/07/19	86,00	86,00	63,89
10/07/19	86,00	86,00	63,89
11/07/19	86,00	86,00	63,89
12/07/19	86,00	86,00	63,89
01/08/19	86,00	86,00	63,89
02/08/19	86,00	86,00	63,89
03/08/19	86,00	86,00	63,89
04/08/19	86,00	86,00	63,89
05/08/19	86,00	86,00	63,89
06/08/19	86,00	86,00	63,89
07/08/19	86,00	86,00	63,89
08/08/19	86,00	86,00	63,89
09/08/19	86,00	86,00	63,89
10/08/19	86,00	86,00	63,89
11/08/19	86,00	86,00	63,89
12/08/19	86,00	86,00	63,89
01/09/19	86,00	86,00	63,89
02/09/19	86,00	86,00	63,89
03/09/19	86,00	86,00	63,89
04/09/19	86,00	86,00	63,89
05/09/19	86,00	86,00	63,89
06/09/19	86,00	86,00	63,89
07/09/19	86,00	86,00	63,89
08/09/19	86,00	86,00	63,89
09/09/19	86,00	86,00	63,89
10/09/19	86,00	86,00	63,89
11/09/19	86,00	86,00	63,89
12/09/19	86,00	86,00	63,89
01/10/19	86,00	86,00	63,89
02/10/19	86,00	86,00	63,89
03/10/19	86,00	86,00	63,89
04/10/19	86,00	86,00	63,89
05/10/19	86,00	86,00	63,89
06/10/19	86,00	86,00	63,89
07/10/19	86,00	86,00	63,89
08/10/19	86,00	86,00	63,89
09/10/19	86,00	86,00	63,89
10/10/19	86,00	86,00	

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/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 COAF**².

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 EVERABO SANTAS DE ALMEIDA JUNIOR inscrito (a) no CPF/CNPJ 041.238.974, 60,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário IZEDUELI FERREIRA DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 782.277.394, 15, do sinistro de DPVAT cobertura MULATIDED da Vítima
IZEDUELI FERREIRA 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 <u>Rua José Paulo do Monte</u>		Número <u>181</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>SANTA TEREZA</u>	Cidade <u>PAUALHO</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55825-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81)9.9949.8785</u>

PAUALHO 20 de ABRIL de 2018
Local e Data

Everabo Santos de Almeida Junior
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
09.04.2018

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 BELEM 64, nº 03,
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 IZUEL FERREIRA DA SILVA, cujo o condutor era
EDMILSON.

Veículo: MOTO CIELETA
Modelo: HONDA
Ano: 2012
Placa: PEV 1295
Chassi: 9CRDC4MOCR533574
Data do Acidente:
Local e Data: PAUDALHO, 19/04/2018

Ailton Terto Rodrigues
Assinatura do Declarante

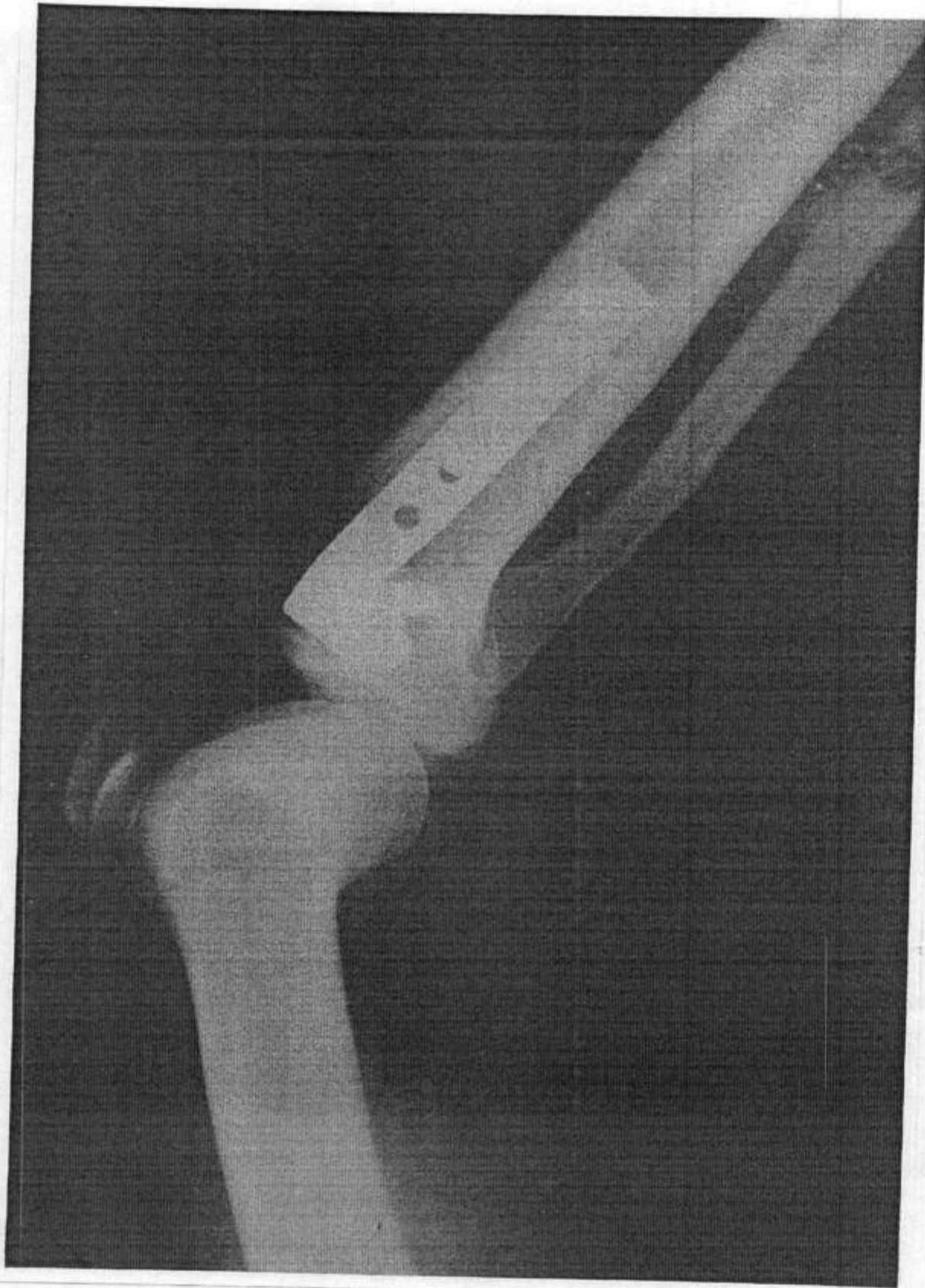
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

 **Serviço Notarial de Paudalho** *Mônica Machado Campos - Tabeliã Titular*
Rua Getúlio Silva, 66 - Centro - Paudalho/PE - Cep.: 55.825-000 - Fone/Fax: (81) 3636-2001 / Fone: (81) 3636-1024 - www.cartorioac.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.EBH03201802.02997 Emol: 3,39; ISR:
0,80; FERC: 0,40 ISS: R\$ 0,20 Total: 4,79 Substituta Consultar
autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital.

Cartório Machado Campos

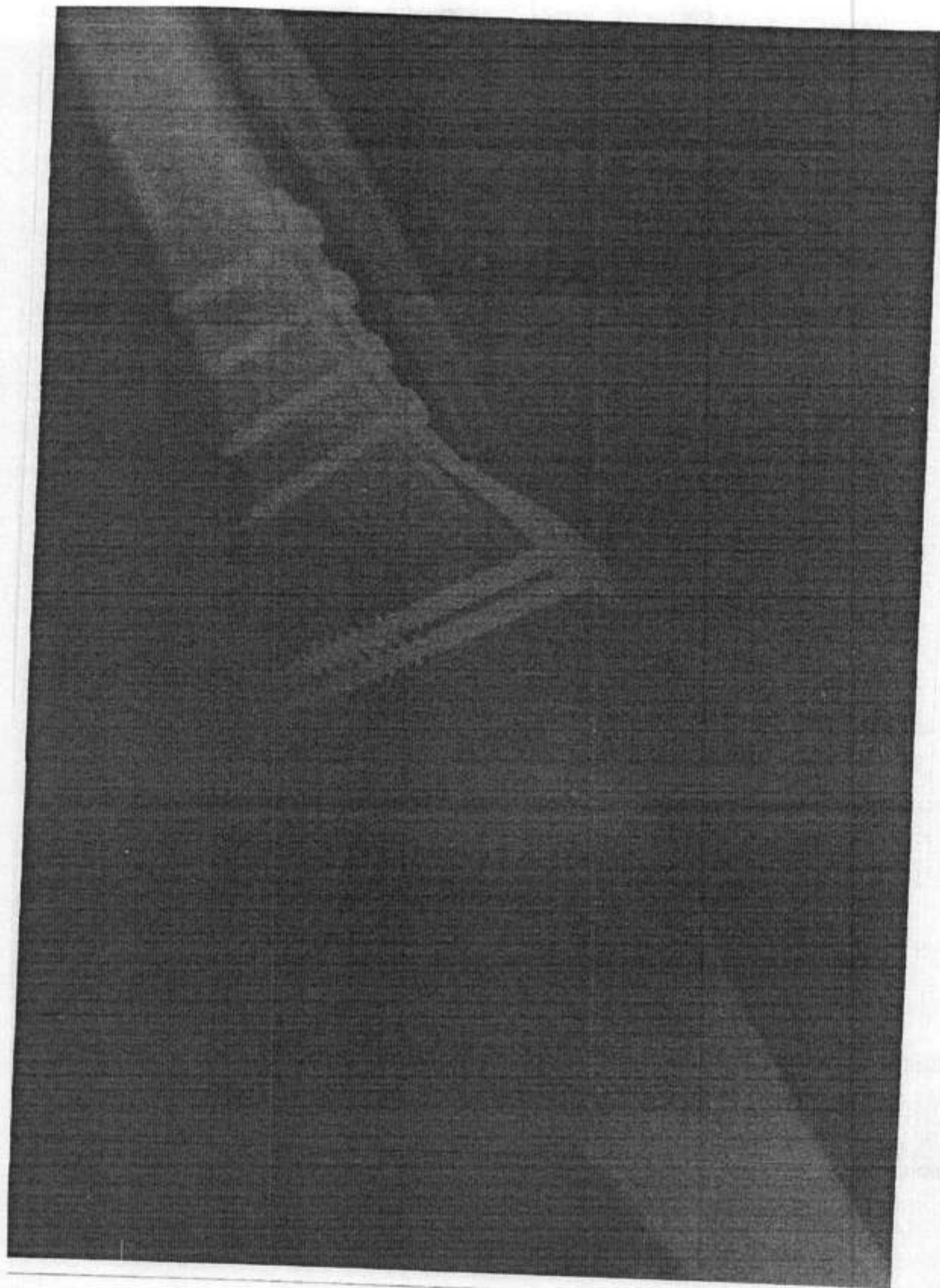
EXCELSO REGISTRO
09 JUL 2018
SEGURANÇA



EXCELSIOR SEGUROS
20 JUL 2018
SEGURO DPVAT.



EXCELSIOR SEGUROS
20 JUL 2013
SEGURO DPVAT.



EXCELSIOR SEGUROS
20 JUL 2013
SEGURO DPVAT.



EXCELSIOR SEGUROS
20 JUL 2013
SEGURO DPVAT.

SGUR

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 CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA DIREITA, APRESENTA ARTROSE DO JOELHO, TRANSTORNOS INTERNOS, LIMITAÇÃO DE FLEXO EXTENSÃO E DEFICIT DE MARCHA.

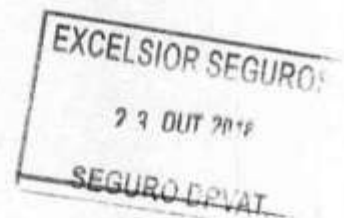
CID 10 – S82.1 + M19.1 + M23

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

08 R-47

INSTITUTO DE PENITENCIÁRIA (C) 1980

SECRETARIA DE JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA

PAULÃO - PE

782.277.394-15

12/05/2006

5.961.697

DEQUEIL FERREIRA DA SILVA >>

<< JOSE FERREIRA DA SILVA >>

<< SEVERINA DE LOURDES DA SILVA >>

PAULÃO - PE

08/09/1000

<< CN 33883 L 37 F 145V CART. CARPINA PE 30 10 1979 >>

782.277.394-15

LEI Nº 119 DE 28/06/83

F-29 26 191

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

08 R-47

INSTITUTO DE PENITENCIÁRIA (C) 1980

SECRETARIA DE JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA

PAULÃO - PE

782.277.394-15

12/05/2006

5.961.697

DEQUEIL FERREIRA DA SILVA >>

<< JOSE FERREIRA DA SILVA >>

<< SEVERINA DE LOURDES DA SILVA >>

PAULÃO - PE

08/09/1000

<< CN 33883 L 37 F 145V CART. CARPINA PE 30 10 1979 >>

782.277.394-15

LEI Nº 119 DE 28/06/83

F-29 26 191

EXCELSIOR SEC-UN

09 .III. 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**

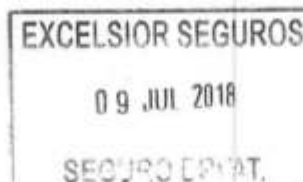
Digito Verificador: **00**

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.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
867802440

NOME
EVEERALDO DANTAS DE ALMEIDA JUNIOR



DIGIT. IDENTIDADE / ORIG. TÍTULO / UF
5495267 SSP PE

CPF
041.338.974-60

DATA NASCIMENTO
25/06/1979

FILIAÇÃO
EVEERALDO DANTAS DE
ALMEIDA
MARIA DE FÁTIMA DE
ALMEIDA

PERMISSÃO

ACC

CAT. NAS

3

RPRESSÃO
0464082306

VÁLIDE
27/11/2018

1ª EMISSÃO
12/05/2009

OBSERVAÇÕES
D.O.B.

EXCELSIOR SEGUROS

09 JUL 2018

Everaldo Dantas de Almeida Junior
ASSINATURA DO TITULAR

DATA EMISSÃO
27/11/2017

LOCAL
CARPINA - PE

10106552046
PRO56316980

PROBISIO ELASTIFICAS
867802440

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE Nº 9432908467
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 4660462744-51
E-ARROJO 2012

ALTON TERTO RODRIGUES

BAUDALHO-PE

056.462.744-51

PEV1295

8C2JC4110CR533574

PAV MOTORISTA CASOLTA

HONDA/CG 125 FAN K5

2012 2012

29/12/2011

PARTIC

VERMELHA

P ILEV 2012 QUINQUENAL

11

A 2

31

SEGURO CBRIGATORIO

334 RESERVA DE FORTALECIMENTO DE PONTE OBRIGATORIO

INDICADO PARA TRANSFERENCIA

BAUDALHO-PE

21/05/12

Matia de Fatima Desceza E Costa
Diretor de Registro e Licenciamento de Veículo

Seguro DPVAT - Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos em Circulação de Propriedade Particular, de Responsabilidade Civil, do Seguro DPVAT

PE Nº 9432908467 BILHETE DE SEGURO DPVAT

056.462.744-51

PEV1295

ALTON TERTO RODRIGUES

BAUDALHO-PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 9432908467

21/05/12

056.462.744-51

PEV1295

4660462744-51

HONDA/CG 125 FAN K5

2012 09

8C2JC4110CR533574

PRÊMIO TARIFARIO

PREMIUM/RS

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

COFINS

PAGAMENTO

PAGAMENTO

DATA DE PAGAMENTO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

GNPJ: 09.248.608/0001-04
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
FOLHETO F. DE PORTO OBRIGATORIO

OUT-2011

EXCELSIOR SEGUROS
09 JUL 2018
SEGURO DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Izabela Ferreira da Silva
 DATA DO ACIDENTE 08-03-18 CPF DA VÍTIMA 98.277.394-15
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO DO
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 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 CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF 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 ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira 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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () 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 CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira 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)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

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.

- 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 PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

IDENTIDADE _____
 DATA _____
 ASSINATURA Izabela Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

IDENTIDADE _____
 DATA 05-07-18
 ASSINATURA Marlene

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Izabela Ferreira da Silva
 DATA DO ACIDENTE 08-03-18 CPF DA VÍTIMA 98.277.394-15
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE () _____

EXCELSIOR SEGUROS
 09 JUL 2018

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 CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF 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 ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira 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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () 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 CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira 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)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

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.

- 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 PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

IDENTIDADE _____
 ASSINATURA Izabela Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

IDENTIDADE _____
 NOME Marlene
 ASSINATURA _____

24874189

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-OSTEOSSÍNTESE.
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 MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura: