

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2017

Carta nº: 10601921

A/C: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170120399 ASL-0082320/17
Vitima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Março de 2017

Carta nº: 10602762

A/C: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170120399 ASL-0082320/17

Vitima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Data Acidente: 18/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/02/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- DUT ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2017

Carta nº: 10803586

A/C: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170120399 ASL-0082320/17

Vitima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Data Acidente: 18/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **29/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2017

Carta nº: 11001892

A/C: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Sinistro: 3170120399 ASL-0082320/17
Vítima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11068012

A/C: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Sinistro: 3170120399 ASL-0082320/17
Vítima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 0000043922-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO P _____



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

EU, Josue da Silva Vila Nova Filho,

PORTADOR(A) DO RG Nº 6192757 SSP PE EXPEDIDO POR SSP PE EM ____/____/____ E

CPF 037571424-38 /CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Josue da S. V. N. Filho, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0051 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0004392

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

Agrestina, 17 de Jan de 2017
LOCAL E DATA

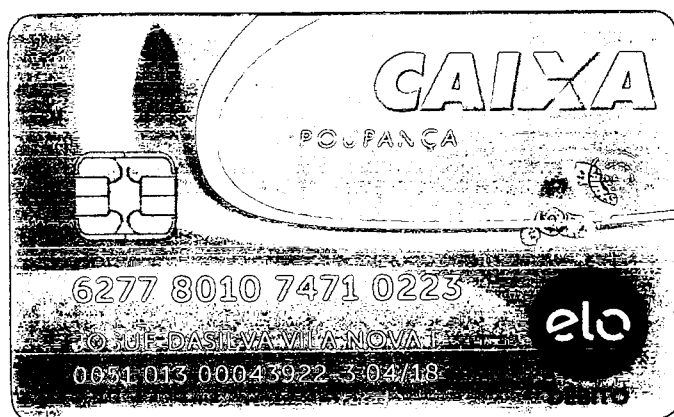
Josue da Silva Vila Nova Filho
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SUSCORTA LIDER DPVAT 3 7 23/12/2017 13:06 - 000170233



SEGURADORA LIDER DUAT & 7 23/02/2017 12:06 - 000000170234

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO
PORTADOR(A) DO RG Nº 61.92757 EXPEDIDO POR SSP-PE EM 29.09.1998
CPF 037591424-38 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AUTO NOME
E RENDA MENSAL DE R\$ 1300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSUE DA S. VILA NOVA FILHO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0051 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00043922-3

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

Agostina 14 de março de 2017
LOCAL E DATA

X JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DPVAT



SERIALIZADA EM 08/04/2017 ÀS 14:44 - 00000169/21



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 095ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTINHO - DP95ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0185000625

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/12/2016 às 15:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 18/12/2016 às 14:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE ALTINHO, 1, RODOVIA PE-149 - Bairro: ZONA RURAL - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HÁ (AUTOR \ AGENTE)
GIVALDO JOAQUIM DA SILVA (TESTEMUNHA)
VALDERIO VIEIRA DE LIMA (TESTEMUNHA)
JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

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

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Pai: JOSUE DA SILVA VILA NOVA Data de Nascimento: 5/5/1981 Naturalidade: JOAQUIM GOMES / ALAGOAS / BRASIL Documentos: 6192757/SSP/PE (RG), 966862720 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA
Telefones Celulares:
- 999357648

Residencial: RUA CASSIMIRO FRANCISCO DOS SANTOS Nº16, CENTRO, AGRESTINA-P - AGRESTINA/PERNAMBUCO /BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE AGRESTINA, 16 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO HÁ (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

GIVALDO JOAQUIM DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA JOAO GUILHERME (PREFEITURA), 420 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO /BRASIL

VALDERIO VIEIRA DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA JOAO DE DEUS (TERMINAL RODOVIARIO), 420 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

SEGURADORA LIDER DEUT & 7 23/02/2017 12:06

990000170222

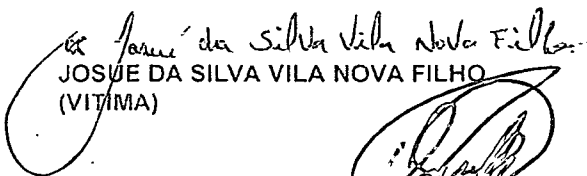
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CBX250 TWISTER Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: KIY9200 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 791084620 Chassi: 9C2MC35000268
Ano Fabricação/Modelo: 2002/2003 Combustível: GASOLINA

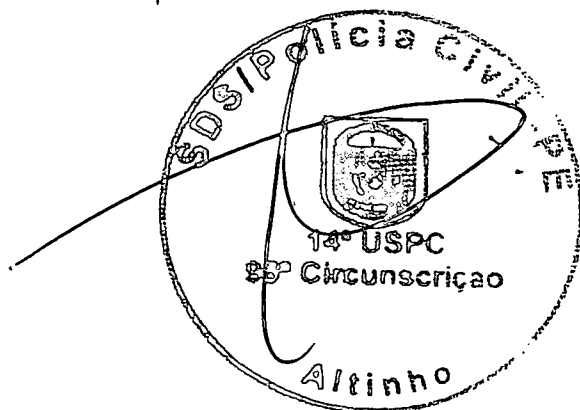
Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE NA DATA ACIMA CITADA ESTAVA GUIANDO SUA MOTOCICLETA E AO CHEGAR NO ENDEREÇO MENCIONADO PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR AO SOLO TENDO FERIMENTOS COMO ESCORIAÇÕES PELO CORPO, E UMA FRATURA NA ESCAPULA ESQUERDA, O MESMO FOI SOCORRIDO POR UM POPULAR CONHECIDO POR DANIEL QUE ALI PASSAVA ATÉ O HOSPITAL NA CIDADE DE AGRESTINA-PE E DE LÁ O MESMO FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL DA UPA NA CIDADE DE CARUARU-PE E DE LÁ FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE TAMBÉM NA CIDADE DE CARUARU-PE, E DE LÁ FOI ATÉ O HOSPITAL DA SANTA EFIGENIA FAZER UMA TOMOGRAFIA E DE LÁ RETORNOU AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, ONDE FOI EFETUADO O RESTANTE DO ATENDIMENTO MEDICO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO O PRESENTE B.O.E.

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


JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: OSVALDO MARTINS DE BARROS - Matrícula: 134871-0



SEGURADORA LIDER DPURT & 7 23/02/2017 12:06 - 000000170228



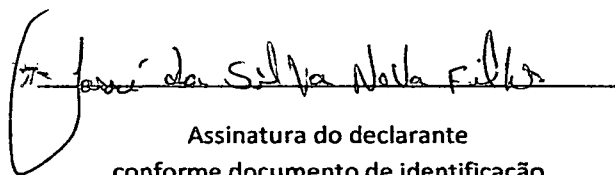
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO, portador da carteira de identidade nº 6192757-SSPE e inscrito no CPF/MF sob o nº 037.571.424-38, residente e domiciliado na RUA CASSEMIRO F SANTOS 16, Cidade AGRESTINA, Estado PERNAMBUCO, 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:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.


Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

AGRESTINA 17/01/2017

Local e data

SEGURADORA LÍDER DPVAT 7 23/02/2017 12:06 - 000000170235



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0127676

Prontuário: 00043893-6

Idade: 35 ANOS, 7 MESES E 13 DIAS

Nome: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Dt. Nasc.: 05/05/1981 **Sexo:**M **Est. Civil:**

Endereco: RUA CASSIMIRO DOS SANTOS

CEP: 55495000

Cidade: AGRESTINA/PE

Bairro:

Nac: BRASIL

Documento:CI 6192757

CNS:

Sisiprenatal:

Tel.:

Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA

Pai:

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências		
Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
18/12/2016 14:50	0127676	QUEDA DE MOTO

PF CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.		Pulso	Peso	Assinatura
	120x90				Maria Gorete da S. Alves Rec. de Farmácia COF. n.º 540.737

Queixas / Diagnóstico

Tratamento 15:12

Quick Write

transcribed

Antonio J. F. ...
México
CREMEPE 16A.

Exames complementares

Impressão diagnóstica

sdine RV

Franklin

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às h m do dia _____

Data saída: 18.12.16

Hora saída: 15:15

☐ CURATIVO		ADM MEDICAMENTO: ☐ BÁSICO ☐ ESP	TÉCNICO / COREN 00170231
☐ NEBULIZAÇÃO		☐ RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico: ☐ urgência básica ☐ urgência especializada ☐ observação básica ☐ observação especializada			MÉDICO / CRM ANTONIO J. P. <i>Antônio J. P.</i> 00000000000000000000 CREMEPE 988
			HORÁRIO:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO	

Data da impressão: Domingo, 18 de Dezembro de 2016 às 14:50

Recepcionista: SILVANIA

5) $\log_{10} M_{-9} : I : A$

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: 24/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

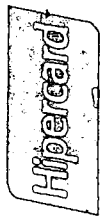
CLIENTE: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000043922-3

Nr. da Autenticação 3F97323A5160CB5C



00009840



CTC RECIFE PE PL10

PC-07

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO
R CASSEMIRO F SANTOS 16
CASA
CENTRO
55495-000 AGRESTINA PE



Postagem: 07/12/2016

Vencimento: 16/12/2016

Emissão: 05/12/2016

Fechamento próxima fatura: 11/01/2017



"0015"

Resumo da fatura em

Total da fatura anterior	35
Pagamento efetuado em 24/10/2016	- 10
Saldo financiado	24
Lançamentos atuais	6
Total desta fatura	316

Titular **JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO**Cartão **6062.XXXX.XXXX.9194**

Para que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento
16/12/2016

pagamento total R\$
316,23

pgto. mínimo R\$
232,73

parcelamento R\$
sem seguro 18 X
36,97

parcelamento R\$
com seguro 18 X
42,14

Vide folha explicativa



Facilite sua vida.

Deixe de acumular papel.
Mude já! Cadastre-se na
Fatura Digital pelo 3003-3030
e receba alertas
via e-mail e SMS.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	670,00
Limite utilizado no mês	304,41
Limite de crédito parcelado	1.005,00
Retirada de recursos País(saque)	50,00

Lançamentos: compras e saques

JOSUE SV N FILHO (final 9194)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM
27/08	NAGEM 03/10	74
08/10	CARUARU	
08/10	BONANZA SUPERMERCADO	9
21/10	CARUARU	
21/10	SAPATARIA MUNIZ 01/10	16

Lançamentos no cartão (final 9194) **101**

Lançamentos: produtos e serviços

DATA	PRODUTOS/ SERVIÇOS	VALOR EM
24/05	PARCELAMEN FATURA 07/09	95
	Principal (R\$ 69,86) + Juros (R\$ 25,66)	
24/10	CREDITO PARCELAMENTO DA	- 350

Compra presencial

cartão de crédito com chip e
senha pessoal intransferível.



Banco Itaú S.A. 341-7

34191.75363 42118.872045 00173.090002 3 000

Número do Documento

00136421188/0258584

Nome do Pagador/CPF/CNPJ

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO - 037.571.424-38

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ

HiperCard Banco Múltiplo S.A. - 01.012.230/0001-69

Endereço do Beneficiário

Av Rui Barbosa, 251, 1ª a. Graças, Recife - PE

Nosso Número

Valor do documento

Vencimento

recibo do pagad

03736421188-7

R\$ 316,23

16/12/2016

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7	34191.75363 42118.872045 00173.090002 3 000			
Local de Pagamento Pague sua fatura nos caixas da Rede Walmart Brasil, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.						Data de Vencimento 16/12/2016
Nome do Beneficiário/CNPJ HiperCard Banco Múltiplo S.A. - 01.012.230/0001-69 - Av Rui Barbosa, 251, 1ª a. Graças, Recife - PE						Agência / Código Beneficiário 2040/01730-9
Data do Documento 16/12/2016	Número do Documento 00136421188/0258584	Espécie DOC FT	Assinatura N	Data do Pagamento 05/12/2016	Número do Documento 175/36421188-7	
Valor do Documento 175	Carteira R\$	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Total Valor do Documento R\$ 316,23	
As condições de responsabilidade do beneficiário. O pagamento da fatura poderá ser feito nas lojas da Rede Walmart em dinheiro, das 10h às 16h, mediante apresentação do cartão do titular ou número do cartão. Na rede bancária e lojas rede Walmart não são aceitos cheques.						(-) Descontos / Abatimentos (-) Juros / Taxas (=) Valor Pago
Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO - 037.571.424-38 R CASSEMIRO F SANTOS 16 - CASA - CENTRO - 55495-000 AGRESTINA PE Sacador Avalista:						



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



ANAMNESE

Paciente: JÓSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Data Nascimento: 05/05/1981 Idade: 35 Anos, 7 Meses e 13 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 00934215

Prontuário: 00396602

Senha N.º: 0099

Data e Hora: 18/12/2016 16:14h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: REFERE DOR EM HEMITORAX E + OMBRO E APOS TRAUMA. NEGA DESMAIO E VOMITO. APRESENTA CONSCIENTE ORIENTADO VERBALIZANDO.

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM E HAS

DOC CNH

AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A Sistólica: PAS: 131 MMHG

P.A Diastólica: PAD: 84 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

HGT:

QPD / HDA:

PCT COM HIST DE QUEDA DE MOTO HA CERCA DE 1H. APRESENTA DOR EM OMBRO E EM HTE, NEGA DISPNEIA.

Exame Físico:

EGB CORADO HDT AFEBRIL EUPNEICO CONSCIENTE E ORIENTADO

AR: MV + AHT S RA

ACV RCR BNF EM 2T SS

ABD DEPRESSIVEL INDOLOR A PALP

Exames complementares:

HD:

TRAUMA DE MOTO

Conduta:

RX

ANALGESIA

Evolução:

Ass. do Médico

Dr(a): LIVIA VILELA DE CARVALHO

Av. José Marques Fontes, S/N

Setor: Radiologia - Cidade: Caruaru/PE - CEP: 55020-500

SEGUIRORA LIDER DPART 8 7 23/02/2017 12:06 - 000000170232

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 284895

Prontuário: 289168

Nome: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Data Nasc.: 05/05/1981

Idade: 35

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS:703605036879337

Endereço: RUA CASSIMIRO FRANCISCO.DOS SANTOS

Bairro: CENTRO

Cidade: CARUARU

CEP: 55024000

Fone: 99357648

Profissão:

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 18/12/2016 18:54

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico

RA:

FC:

FR

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

3 - Evolução / Exames

18	17	16
----	----	----

#Gutierrez: 6

12. Further the Original (1) was returned to
(24/2/2011)

Q. 1) Order Types

- (1) Stop and Limit Order
- (2) Trailing Stop Order
- (3) Stop Loss Order
- (4) Market Order

☒ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

☐ Transferência: _____ ☒ Internamento

Condição de Alta

() Curado ☒ Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: 12/12/12 Hora: Médico: CRM:

Usuario do Atendimento
JOSERPGS

SEGURIDORR LIDER DEPART 7 6-03-2017 14:41 - 0000002193/CL



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

IMIP
HOSPITAL

ANAMNESE

Paciente: **JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO**

Data Nascimento: 05/05/1981

Idade: 35 Anos, 7 Meses e 13 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 00934215

Prontuário: 00396602

Senha N.º: **0099**

Data e Hora: 18/12/2016 18:00h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: REFERE DOR EM HEMITORAX E + OMBRO E APOS TRAUMA. NEGA DESMAIO E VOMITO. APRESENTA CONSCIENTE ORIENTADO VERBALIZANDO.

Alergia:

Observação: DESCONEHECE ALERGIA

NEGA DM E HAS

DOC CNH

AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A Sistólica: PAS: 131 MMHG

P.A Diastólica: PAD: 84 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

HGT:

QPD / HDA:

DOR EM OMBRO APOS QUEDA

Exame Físico:

DOR LOCAL

Exames complementares:

RX: SEM FRATURAS

HD:

CONTUSAO DO OMBRO ESQUERDO

Conduta:

AINH + ANALGESIA

Evolução:

Ass. do Médico

Dr(a): **ALEXANDRE AZEVEDO DO REGO COSTA FILHO**

CRM - 20817



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Atendimento: 00934215

Data Nascimento: 05/05/1981 Idade: 35 Anos, 7 Meses e 13 Dias:

Prontuário: 00396602

Sexo: Masculino

História Atual:

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM REGIÃO DO OMBRO ESQUERDO APOS ACIDNETE MOTOCICLISTICO

Exame Físico:

DOR E LIMITAÇÃO IMPORTANTE DO ADM

Exames Complementares/Resultados:

RX: FRATURA DE ESCÁPULA?

Hipóteses Diagnósticas:

FRATURA DE ESCÁPULA?

Conduta:

AO HRA

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: ☐ SIM ☒ NÃO

Transferido / Encaminhado para:

43 - TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Motivo:

SOLICITO AVALIAÇÃO COM TOMOGRAFIA

Data: 18 DE DEZEMBRO DE 2016

Hora: 18:05

Ass. e CRM do Médico
Dr(a): ALEXANDRE AZEVEDO DO REGO COSTA FILHO
CRM - 20817



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

Nome
JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6192757 SSP PE

CPF
037.571.424-38

DATA NASCIMENTO
05/05/1981

FILIAÇÃO
JOSUE DA SILVA VILA NOVA
JOSEFA MARIA DA SILVA

PROFISSÃO
[]

ACC
[]

CAT. HAB.
[]

Nº REGISTRO
[]

VALIDADE
[]

EMISSÃO
29/11/2004

Observações
sem observações

Assinatura do Titular
[Assinatura]

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
06/10/2016

Assinatura do Emissor
[Assinatura]

42910588775
PE062178784

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
966862720

PROIBIDO PLASTIFICAR
966862720

SEGURADORA LIDER DPVAT & 7 23/02/2017 12:06 - 000000170226

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CETTRAN-PE Nº 012564895150
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 1 COD. FANTASIA: 79109453 ANO: 2016

PLACA: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

CARUARU-PE

037.572.424-38

XIY9200

PLACA/VL: ***** CHASSI: 9C2MC55002R000269

ESPAC. 277 COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CEX 250 TWISTER ANO FAB: 2002 ANO REG: 2002

CATEGORIA: 22/249CL CATEGORIA: PARTIC CATEGORIA: PRETA

COTA UNICA: IPVA 2016 QUITADO VENC. COTA UNICA: 30 VERG. COTAS: 30 *****

FAIXA IPVA: 30 PARCELAMENTO/COTAS: 30 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0,00 IOF (R\$): 0,00 PREMIO TOTAL (R\$): 0,00 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/00

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

CARUARU-PE LOCAL: 10/09/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Dirigente Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DAN
AUTOMOTORES DE VIA TERRE
TRANSPORTADA



PE Nº 012564895150 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEVANTE VENC.
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvat.org.br
SEGURO DPVAT 002 1254

CARUARU-PE EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 10/09/16

VEICULO: 1 OFF/CNPJ: 037.572.424-38 PLACA: XIY9200

RENAVAL: 791094530 MARCA/MODELO: HONDA/CEX 250 TWISTER

ANO FAB: 2002 ANO REG: 09 CHASSI: 9C2MC55002R000269

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$): 0,00 DENATRAM (R\$): 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$): 0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$): 0,00 IOF (R\$): 0,00 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$): 0,00

PAGAMENTO: 00/00/00 DATA DE QUITAÇÃO: 00/00/00

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

01/09/2016/000101

ESTE BILHETE DE SEGURO DPVAT
NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

SEGUROADORA LIDER DPVAT 7 23/02/2017 12:06 - 000000170236

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

N.º 012564895150

13011009000

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA

GOD: RENAVAM

[illegible]

-RNTRC

六六六六六六六六

NOME/ENDEREÇO

JOSUE DA SILVA SOBRINHO FILHO
RUA MACAPASSANA 205
CASA BOA VISTA
CARUARU-PE 55038-0

55000-000

CPF/CNPJ

CONFIDENTIAL

PLACA

REF ID: A66582

NOME ANTERIOR

ROBSON VILA NOVA DA SILVA

PLACA ANT/UF.

CHASSI

[Faint handwritten notes at the bottom of the page]

REF ID: A60027000200

- ESPÉCIE TIPO

PAZ / MOTOCICLETA

— COMBUSTIBLE

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CBK 250 TWISTER

AND FAB.

2004	2003
------	------

~~CAP/POT/CIL~~

80729971

CATEGORIA

PAGE TWO

-COR PREDOMINANTE

1941

2015/19251

- OBSERVAÇÕES

REF REF REF

- LOCAL

CARUARU-2E

DATA

10/09/

Charles Andrews Sousa Ribeiro

REPLY TO COMMENTS OF TRANSFER

SP5A1KRDNDKEA T. INFO DEPT 8 & 79MEV7017 14:44 - 00000014/8/22

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170120399

Cidade: Altinho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Data do acidente: 18/12/2016

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da escápula esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa-se de dor no ombro esquerdo. Ao exame: flexão em 160°, extensão em 5°, abdução em 140° e adução em 25° do ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento conservador.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/05/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira Campos

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

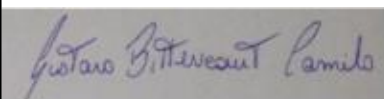
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**A SEGURADORA LIDER DE CONSORCIOS
DPVAT.**



**VITIMA: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO
NATUREZA: INVALIDEZ**

**Eu JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO, brasileiro,
solteiro, autônomo, portador de CPF/MF nº 037.571.424-38, e
RG nº 6.192757 SSP/PE, residente e domiciliado na Rua
Cassemiro f. Santos nº 16, Centro, Agrestina-PE
vem perante a Seguradora Lider Dpvat< dar entrada em
processo de natureza invalidez< sem mais a declarar**

Agrestina

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

SEGURADORA LIDER DPVAT & 7 23/02/2017 12:06 - 000000170225

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE Nº 012564895150
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 79138456 2016

JOSUE DE SILVA VILA NOVA FILHO

CARUARU-PE

0271571-424-28

PLACA
RIV3200

902MC5502R000266

PAS. NOTIFICADA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/LEN 250 TWISTER

ANO FAB. ANO MOD.
2002 2002

CAT. MOTOCICL
22/249CL

CATEGORIA
PARTIC

COR
PRETA

COTA ÚNICA
19 IVA 2016 QUITADO

VENO. COTA ÚNICA
19 *****

PARCELAMENTO/COTAS

29 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)

10 (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO (R\$)

10 (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012564895150 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSUE DE SILVA VILA NOVA FILHO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEVANTE O
AR CONDICIONADO DE COTA ÚNICA

SAC DPVAT 0800 022 113

CARUARU-PE

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2016

10/09/16

VIA

CPF/CNPJ

PLACA

1

0271571-424-28

RIV3200

RENOVAÇÃO

MARCA/MODELO

79138456

HONDA/LEN 250 TWISTER

ANEXO

CHASSI

2002

09

902MC5502R000266

FMS (R\$)

PREMIO TARIFARIO

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO LIDER DPVAT & 7 25/02/2017 12:06 - 000000170230

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0082320/17

Vítima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

CPF: 037.571.424-38

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/12/2016

Titular do CPF: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO : 037.571.424-38

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 24/02/2017

Nome: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

CPF/CNPJ: 037.571.424-38

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 24/02/2017

Nome: MONICA REGINA DE FRANCA DA SILVA

CPF: 033.853.567-50

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

MONICA REGINA DE FRANCA DA SILVA

DEMETRIO JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO.

RUA. CAESSEMIRO F. SANTOS 16 - CASA

CENTRO - AGRISTINA - PE.

55.495.000

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



dos
VAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0082320/17

Vítima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

CPF: 037.571.424-38

Data do Acidente: 18/12/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

DUT

Outros

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO : 037.571.424-38

Autorização de pagamento

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 30/03/2017

Nome: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

CPF : 037.571.424-38

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 30/03/2017

Nome: MONICA REGINA DE FRANCA DA SILVA

CPF: 033.853.567-50

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

MONICA REGINA DE FRANCA DA SILVA

SV
A SEGURADORA LIDER CONSORCIOS
DPVAT.

Sinistro. 3170120399

Vitima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Eu JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO, vem
através desta encaminhar documentação pendente,
sendo em (anexo), Autorização de pagamento , Dut
legível e Cartão do banco.

Agrestina, 14 de março de 2017

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Josué da Silva Vila Nova Filho.

SEGUROSA LIDER DANF 8 29/03/2017 14:44 - 00000168419

C6P. 554.95.000

AGRESTINA - PE.

Remete: TOCUT na Silva via Mour.
Rua - Cassiano Francisco Santos 16 - Centro

A

Senadora LIDER DPVAT

Rua Senador Dantas nº 74-15º Andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ.

CEP- 20031-205.



PS200497
8A0800

AR

BRASIL

22.03.17 - 16:19

R\$ 10,4

AGF NOVA MAURICIO DE NASCIMENTO

C/S 7

Correios

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0082320/17

Vítima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

CPF: 037.571.424-38

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/05/2017
Titular do CPF: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO



DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 10/05/2017

Nome: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

CPF : 037.571.424-38

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 10/05/2017

Nome: Juliana Antunes Estigarribia

CPF: 079.808.657-23

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Juliana Antunes Estigarribia

A SEGURADORA LIDER CONSORCIOS DPVAT

SINISTRO: 3170120399

VITIMA: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

NATUREZA: INVALIDEZ

EU JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO, JÁ DEVIDAMENTE QUALIFICADO VENHO ATRAVES DESTA ENCAMINHAR DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR, SENDO ATOS DECLARARATÓRIOS DE ATENDIMENTOS MÉDICO HOSPITALAR.

SEM MAIS A DECLARAR SOLICITO A BAIXA DOCUMENTAL E O AGENDAMENTO DA PERICIA MÉDICA.

AGRESTINA, 02 MAIO DE 2017

Josue da Silva Vila Nova Filho.
JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

SEGURADORA LIDER DPVAT 7 & 09/05/2017 14:41 - 000000219867

REMETENTE: JOSUÉ DA SILVA VILA NOVA FILHO
RUA. CASSEMIRO F. SANTOS, 16 - CENTRO
ALORESTINA - PE.

CEP. 55495-000.

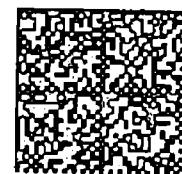
10.40

1
A
SEBUNADORA LIDER - DPVAF.

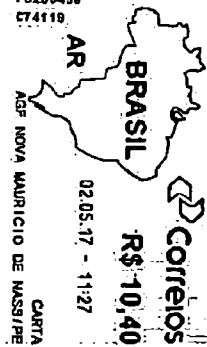
RUA. SENADOR DANTAS, 74 - 15º ANDAR.

RIO DE JANEIRO - RJ.

CEP. 20031-205.



PS200498
C74119



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170120399 **Cidade:** Altinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO **Data do acidente:** 18/12/2016 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Não definido

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Encaminhar documentação médica completa ou relatório médico descrevendo as condutas médicas realizadas e os resultados terapêuticos obtidos após o término do tratamento.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170120399 **Cidade:** Altinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO **Data do acidente:** 18/12/2016 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura em clavícula esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO** Sinistro: **3170120399** Data: **18/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **R CASSIMIRO F. SANTOS, 16, casa - CENTRO - Agrestina - PE - CEP 55495-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PE**] **6192757**

Data local do exame: [**19/05/2017**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura da escápula esquerda. Vítima queixa-se de dor no ombro esquerdo. Ao exame: flexão em 160°, extensão em 5°, abdução em 140° e adução em 25° do ombro esquerdo.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Quadro submetido a tratamento conservador.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

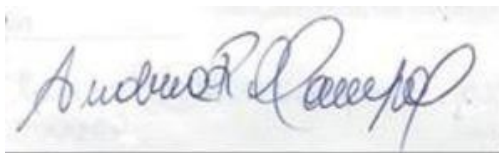
Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - PE