

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **ERMINIO MARTINS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170611865**

Vitima: **ERMINIO MARTINS DA SILVA**

Data do Acidente: **20/08/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170611865**.

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 11992981



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **ERMINIO MARTINS DA SILVA**

Sinistro: **3170611865**  
Vítima: **ERMINIO MARTINS DA SILVA**  
Data do Acidente: **20/08/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170611865** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ERMINIO MARTINS DA SILVA**

Sinistro: **3170611865**  
Vítima: **ERMINIO MARTINS DA SILVA**  
Data do Acidente: **20/08/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170611865** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12234513

A/C: ERMINIO MARTINS DA SILVA

Nº Sinistro: 3170611865  
Vítima: ERMINIO MARTINS DA SILVA  
Data do Acidente: 20/08/2016  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

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: ERMINIO MARTINS DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 047

Agência: 000000023

Conta: 000001014113-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%  
Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

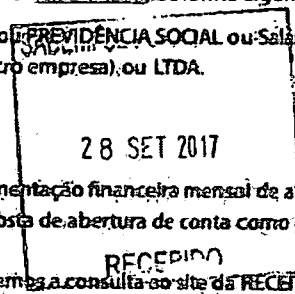
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT; nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Erasmio Martins da Silva  
PORTADOR(A) DO RG Nº 666.575 EXPEDIDO POR SSP/SG EM 16/11/2009  
CPF 206083085-75 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO carreador  
E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (\*\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Erasmio Martins da Silva, 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 (recomenda-se a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como, o CPF cadastrado no SISPVPAT 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 047 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 003 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 01014113-7

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

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

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

Blório 22 de Setembro de 2017 Erasmio Martins da Silva  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

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



SABEMI SEWANG  
28 SET 2017  
RECEIVED



SUA VOZ PODE  
CALAR O CRIME

**DISQUE DENÚNCIA**  
**181**

**Boletim de Ocorrência 2016/PP-000472 - Alterado**

Última Alteração: 06/02/2017 às  
10:18

Data e hora da comunicação: 25/05 : 14:11

Responsável pela Alteração: José Roberto de Almeida



0004

Documentos de Identificação

# DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE ATENDIMENTO

Eu, Simone Moutinho da Silva, portadora da  
Carteira nº 083.085.15 inscrita no CPF/MF sob o nº 083.085.15  
residência João do Anjo domiciliada no  
Cidade Recife, Pernambuco, Estado Pernambuco, declaro, sob as  
penas da Lei nº 5.194/74, a impossibilidade de apresentar Comprovação do Ato Declaratório, para  
fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que,

1. Por ser titular de poliza popular;  
2. Os órgãos expedidores da referida declaração, não prestam assistência de atendimento na  
cidade onde reside.

Com o objetivo de permitir o exame de novo pedido de indenização do Seguro DPVAT para a  
categoria de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via  
pública, desde que esta declaração permita o prosseguimento e análise de pedido  
de indenização, bem como a apresentação do comprovante de Ato Declaratório, concordando com  
esta declaração, declaro que justifico a ausência da referida declaração.  
Declaro ainda estar ciente de que a continuidade com a análise, sem a comprovação, não é  
válida para o pagamento do proterso, onde me coloca a disposição para realizações de perícias  
com o Seguro para obter, para uma indenização justa das lesões que permanecerem devido ao  
acidente.

Simone Moutinho da Silva

Recife, Pernambuco, 15.01.17



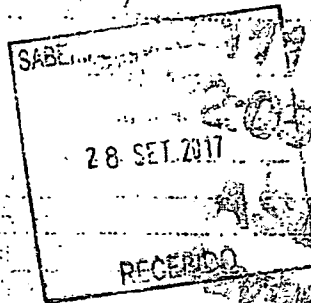
UPA 24h

Nome: Martins da Silva

30 05 60

M: Senhora do Nascimento

Amor: Am. Patricia II



(20/08/16) — PA: 140x90 mmHg, HGT: 81 mg/dl  
15.45h — Sat de O<sub>2</sub>: 98%, FC: 76 bpm

15.50h — PA: 210x100 mmHg

clonazepam 7.5 mg

clonazepam 2mg

8.6.000 mg

diagnóstico hipertensão

tratamento com clonazepam

7.40h — PA: 160x90 mmHg

22.50h — PA: 150x50 mmHg

medicação 10/10/17



# 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: 09/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERMINIO MARTINS DA SILVA

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00023

CONTA: 000001014113-7

---

Nr. da Autenticação 64EA045DEE59B817

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

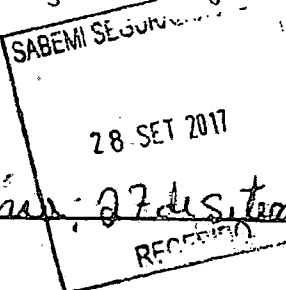
Eu, Ermínio Martins da SilvaRG nº 666.575, data de expedição 16/11/2009, Órgão SSP/SC

CPF nº 266.083.085-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Assentamento Ana Patrícia</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	<u>Povoado Lagoa do Riacho</u>
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Poco Redondo</u>
Estado	<u>Sergipe</u>
CEP	<u>49910-000</u>
Telefone de Contato	<u>99925-2568 — 99918-9207</u>
E-mail	<u>marcadelosia@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Claro: 27 de setembro de 2017

Assinatura do Declarante:

Ermínio Martins da Silva



JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROBA  
RUA DOS SILOS, 82177 CASA A. SILOS  
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP 48030-000/AL 430)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL, FÍSICO  
Potência: 5 - 450 - 340 - 733  
Número de Medidor: E60002-9172  
Referência: 10/11/2016  
Emissão: 10/11/2016



ENERGIJA SERGIJE-DIST  
Rua Min. Antônio Sá, 18  
Aparecida/SE

CNPJ: 13.017.482/01-03 - Tel: 770.767.06  
Nº da Fica/Conta de Energia: E60002-9172  
Código para 0800: 0800-11777



"0015"

Atendimento ao Cliente ENERGIJA 08000 79 0196 Acesse: www.energija.com.br

Conta referente a

UF (Unidade Consumidora)

3/812787-9

Canal de contato

Nov/2016

Apresentação

10/11/2016

Data prevista da próxima leitura

12/12/2016

CPF/CNPJ/RANI

7000787550

Faturas em atraso

Histórico do Consumo (kWh)

Out/16	173
Set/16	168
Ago/16	162
Jul/16	151
Jun/16	166
Maio/16	149
Abr/16	153
Mar/16	161
Fev/16	163
Jan/16	168
Dez/15	247
Nov/15	150

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
10/10/16	10/11/16	5070	178	30
Demonstrativo				
Descrição		Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh		178	0,43733	77,77
Adic. B. Amarelo				0,64
ICMS				18,88
PIS				0,10
COFINS				0,47
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
CONTRO. LUM. FÍSICO				1,57
Juros de Mora (0,7018)				0,60
Multa (0,50/16)				1,30
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2016				0,04

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	75,57	25,00	18,89
PIS	75,57	0,1345	0,10
COFINS	75,57	0,6104	0,47

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

18/11/2016

R\$ 81,38

Média dos últimos meses

168 kWh

PARCELAS ANTERIORES

af6c.a6a2.e1dd.ee6c.e997.1c15.3a37.24de

Indicadores de Qualidade

SEMPRE NOSSA SENHORA DA GLORIA

Condição de Qualidade de Serviço

Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIAGNÓSTICO	6,21	1,40
DIAGNÓSTICO	17,34	
DIAGNÓSTICO	25,09	
DIAGNÓSTICO	3,48	2,00
DIAGNÓSTICO	8,67	
DIAGNÓSTICO	13,05	
DIAGNÓSTICO	3,71	1,33
DIAGNÓSTICO	17,72	

Descrição	Valor (R\$)	%
Despesas de Custos de Energia	27,87	28,37
Despesas de Custos de Energia	25,19	30,85
Despesas de Custos de Energia	0,66	1,72
Despesas de Custos de Energia	8,81	10,68
Despesas de Custos de Energia	20,67	25,30
Despesas de Custos de Energia	0,00	0,00
Total	81,38	100,00

Valor do IUSD (Ref 9/2016) R\$ 24,60

ATENÇÃO

SABEMI SEGURADORA S/A

03 ABR 2017

RECEBIDO

## DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP nº 445/12, 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 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 e documentos requisitados 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.

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

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

Pelo exposto, eu José Marcos de Oliveira Rosa, portador(a) do

RG nº 21233829, expedido por SP/SE, em

06/01/2014 CPF/CNPJ nº 020.003.675-00

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Ernane

Martins da Silva do sinistro de DPVAT da natureza \_\_\_\_\_

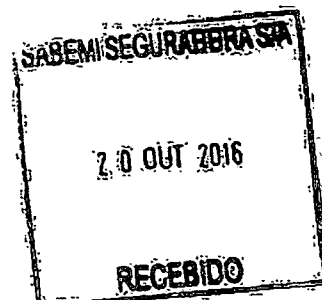
da vítima Ernane Martins da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: NC Renda Mensal: R\$ NC

Documentos comprobatórios: N/A

José Marcos de Oliveira Rosa  
ASSINATURA = PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



~~Table 1~~ Table 1  
Table 1

DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA



0006

DO BR: 234745

DATA: 22/08/2016 HORA: 14:40  
SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

USUARIO: LMBSILVA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ERMINIO MARTINS DA SILVA DOC.:  
IDADE: 56 ANOS NASC: 30/05/1960 SEXO: MASCULINO  
ENDEREÇO: ASSENTAMENTO ANA PATRICIA II NUMERO: 0  
COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: ZONA RURAL UF: SE CEP: 49810-000  
CITY: POÇO REDONDO /MARIA SENHORA DO NASCIMENTO  
NOME PAI/MAE: NAO DECLARADO TEL.:  
RESPONSÁVEL: O PROPRIO  
RESIDENCIA: POÇO REDONDO-SE  
EMPREGO: OUTROS NAO ESPECIFICADOS  
PROFISSÃO: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO  
TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: 130/80 mmHg PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOTAS DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA:

DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

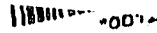
ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



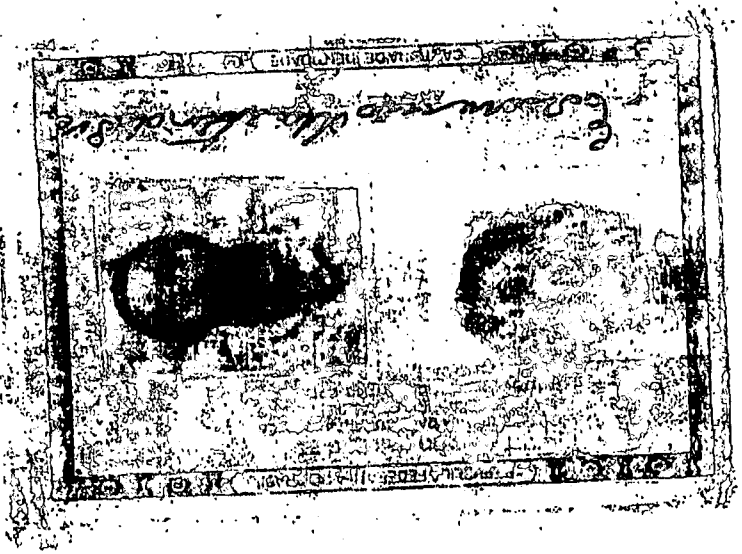
0012



0014

RECEIPT OF PAYMENT  
TO THE NATIONAL  
DEPARTMENT OF  
TREASURY  
FOR THE  
PURCHASE OF  
UNITED STATES  
SAVINGS BONDS  
AND STAMPS  
ON SEPTEMBER 28, 2017  
AT THE  
UNITED STATES  
SAVINGS BONDS  
AND STAMPS  
OFFICE  
1000 MARKET STREET, SUITE 1000  
PHILADELPHIA, PA 19107  
1000 MARKET STREET, SUITE 1000  
PHILADELPHIA, PA 19107

SABENI SEURAU  
28 SET 2017  
RECEIVED





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE 000005490774 Nº 012162049467  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 000 RENAVAM 01073828538 RNTRO 0000000000 EXERCÍCIO 2015

NOME  
VANDIQUE FERREIRA DO SANTOS  
\*\*\*\*\*

CPF/CNPJ 038.451.635-18 PAIS UK16354

PLACA/ANT/US 0019949/SE 9C6KG065060041411

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLETA 1 ALCO/GASUL

MARCA/MODELO YAMAHA/YS150 FAZER SED 2015 2016

CAP/POT/CIL 2PUCV/149CC 1 SEGURA PARTIO PRETA

COTA ÚNICA	VEIC. COTA ÚNICA	VEIC. COTAS
1ª	*****	*****
2ª	*****	*****
3ª	*****	*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	ICF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	*****	*****

OBSERVAÇÕES

AL. FIDUC. - YAMAHA FIDUCIÁRIA S.A. LTDA

LOCAL FIDUC. REDUNDO - SÃO PAULO DATA 6/7/01/2015



SÉ Nº 012162049467 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodetransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 07/01/2015

VIA 038.451.635-18 UK16354

RENAVAM 01073828538 MARCA/MODELO YAMAHA/YS150 FAZER SED

ANO FAB 2015 CAT TUF 09 N° CHASSI 9C6KG065060041411

PRÊMIO TARIFÁRIO

FVS (R\$)	RENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,03	14,33	143,37
GUSTO DO BILHETE (R\$)	ICF (R\$)	TOTAL PRÊMIO SEGURO (R\$)
4,15	1,11	242,01

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 07/01/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.748.033/0001-04  
www.seguradoredetran.com.br

5103-194

SABEMI SEGURADORA S/A  
20 OUT 2016  
RECEBIDO

## Seleção



Eu Romário Martins da Silva Rg 666.575  
e e PF 266.083.085-15 endereço: Av. Ana Patrícia 2  
Cidade Pedro Redondo SE, Seleto aos Senhores  
que seja baixe a pendência do meu  
processo sumário 3170 45 6530, que já fiz  
aditamento no Baltem de Correncia informando  
que a dita carta do meu acidente foi  
(20.08.2016), por favor baixe essa pendência  
pois meu processo já está muito atrasado  
e estou passando até necessidade para não  
para trabalhar pelo a compensação de Vales.

Ass. J.

Romário Martins da Silva 27.09.17

20 Romário Martins da Silva

Data 27.09.17

SABEMI SEGURANÇA

28 SET 2017

RECEBIDO

Libra

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170611865 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERMINIO MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 27/12/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** NÃO INFORMADO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** LAUDO INCONCLUSIVO

## 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

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170611865

**Cidade:** Poço Redondo

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ERMINIO MARTINS DA SILVA

**Data do acidente:** 20/08/2016

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE 03 ARCOS COSTAIS COM CONTUSÃO PULMONAR À DIREITA

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO TÓRAX ASSIMÉTRICO PRESENÇA DE CALO ÓSSEO NA 6ª E 7ª COSTELA A DIREITA, DOR TORÁCICA EVIDENCIADO À PALPAÇÃO, COMPRESSÃO E INSPIRAÇÃO FORÇADA, RESTRIÇÃO DA EXPANSÃO TORÁCICA E RESPIRAÇÃO EM VIRTUDE DA DOR.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DE 03 ARCOS COSTAIS COM CONTUSÃO PULMONAR A DIREITA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional de estruturas torácicas

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## PRESTADOR

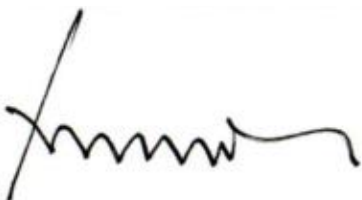
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE  
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

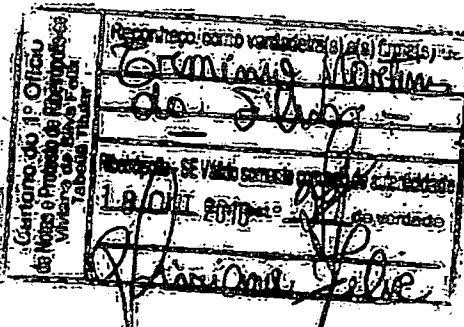
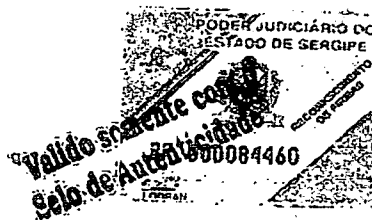


Por este instrumento particular, eu (nome completo) Geminio Martins da Silva  
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Comerciante, portador da cédula  
de identidade RG nº 66.083.085-15, emitido pela SSP / (UF) SE,  
inscrito sob o CPF nº 266.083.685-15, residente na (endereço  
completo) Rua João do Ramalho, na cidade de  
Pelo Rico, (UF) SE, CEP 49.870-000, nomeio e  
constituo meu procurador, (nome do representante) Rosa Manoel O. Rosa  
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Comerciante, portador da cédula  
de identidade RG nº 21.233.829, emitido pela SSP / (UF) SE,  
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço  
completo) Rua João do Ramalho, na cidade de  
Pelo Rico, (UF) SE, CEP 49.870-000, a quem confiro  
amplios e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e  
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO**  
**SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) \_\_\_\_\_  
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) João Pessoa - PB 18.10.16

(assinatura) Geminio Martins da Silva

(RG) 66.083.085-15



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

Geminio Martins da Silva  
Tabelião Titular

**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): **ERMINIO MARTINS DA SILVA** Sinistro: **3170611865** Data: **20/08/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **POV LOGOA DO RIACHO, SN, ASS ANA PATRICIA - ZONA RURAL - Poço Redondo - SE - CEP 49810-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /SE** ] **666.575**

Data local do exame: [ **29/12/2017** ] **Aracaju** [ **SE** ]

**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 DE 03 ARCOS COSTAIS COM CONTUSÃO PULMONAR À DIREITA. AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO TÓRAX ASSIMÉTRICO PRESENÇA DE CALO ÓSSEO NA 6ª E 7ª COSTELA À DIREITA, DOR TORÁCICA EVIDENCIADO À PALPAÇÃO, COMPRESSÃO E INSPIRAÇÃO FORÇADA, RESTRIÇÃO DA EXPANSÃO TORÁCICA E RESPIRAÇÃO EM VIRTUDE DA DOR.**

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.  
**SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DE 03 ARCOS COSTAIS COM CONTUSÃO PULMONAR À DIREITA.**

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 de estruturas torácicas**

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):

**Estruturas torácicas**

% do dano: ( **X** ) 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

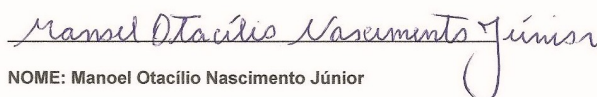
Região Corporal (Sequela):

% 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.



NOME: Manoel Otacilio Nascimento Junior

CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE