



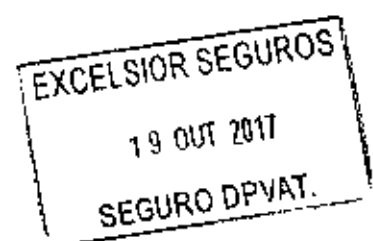
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Mancelino dos Santos PintoRG nº 7.642.343, data de expedição 28/07/2004 Órgão SDS/PE

CPF nº 074.173.714-00, 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Ven Genino Silvio Queiroz Pita</u> |
| Número                            | <u>17</u>                                 |
| Apto / Complemento                | <u>Casa</u>                               |
| Bairro                            | <u>Eldorado</u>                           |
| Cidade                            | <u>Flora</u>                              |
| Estado                            | <u>PE</u>                                 |
| CEP                               | <u>56850-000</u>                          |
| Telefone de Contato               | <u>871 9634-4907</u>                      |
| E-mail                            |                                           |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada 26/09/2017Assinatura do Declarante: X Mancelino dos Santos Pinto



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA PRINCEZA RIZABEL - NUN. - 00008 - CENTRO  
FLORES PE 56850-000

|                                                                 |                 |                              |           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------|-----------|
| DADOS DO CLIENTE                                                |                 | MTRICULA: 105257427 Ago/2017 |           |
| VANDERSON MARQUES DA SILVA                                      |                 |                              |           |
| R VER GERINO SILVIO QUEIROZ PITA, N. 00017 - CONJ HAB ELDORADO  |                 |                              |           |
| VILA NOVA FLORES PE 56850-000                                   |                 |                              |           |
| INSCRIÇÃO: 056.105.804-0053 GRUPO: 8 DEB. AUTOMATICO: 105257427 |                 |                              |           |
| LIGADO                                                          | POTENCIAL       | RESIDUAL                     | COMERCIAL |
| 1                                                               | 1               | 1                            | 1         |
| DATA LEIT ANTERIOR                                              | DATA LEIT ATUAL | TIPO DE CONSUMO (A/B)        |           |
| 02/08/2017                                                      | 01/09/2017      | REAL                         |           |

AGUA:  
LEIT ANT: 342 CONSUMO: 14  
LEIT ATU: 356  
LEIT FAT: 356

HISTORICO DE CONSUMO  
REFERENCIA CONSUMO

|         |    | PARAMETROS      | NUMERO DE AMOSTRAS      |                  |                 |
|---------|----|-----------------|-------------------------|------------------|-----------------|
|         |    |                 | EXIG. PORT. MS 2.914/11 | ANALISES REALIZ. | ATENDEN A LEGIS |
| 07/2017 | 13 | TURBIDEZ        | 13                      | 14               | 14              |
| 06/2017 | 11 | COR APARENTE    | 13                      | 14               | 14              |
| 05/2017 | 15 | COLOR. RESIDUAL | 13                      | 14               | 14              |
| 04/2017 | 15 | COLIF. TOTAIS   | 13                      | 14               | 14              |
| 03/2017 | 14 | E. COLI         | 13                      | 14               | 14              |
| 02/2017 | 15 |                 | 13                      | 14               | 14              |
| MEDIA   | 14 |                 |                         |                  |                 |

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

| ÁGUA                            | CONSUMO | TOTAL (R\$) |
|---------------------------------|---------|-------------|
| RESIDUAL 1 UNIDADE(S)           |         |             |
| 1 m³ H3 - 40,18 POR UNIDADE     | 10 m³   | 40,18       |
| 11 l. A 20 m³ - R\$ 4,61 POR M3 | 4 m³    | 18,44       |

|       |      |      |
|-------|------|------|
| 58,62 | 4,65 | 0,97 |
| 58,62 | 7,60 | 4,46 |

VENCIMENTO:

15/09/2017

TOTAL A PAGAR:

58,62

MENSAGEM:

EXCELSIOR SEGUROS  
19 OUT 2017  
SEGURO DPVAT.



Terça, Sete de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL FATURA 1 CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50780-902  
CNPJ 10.155.870/0001-08 | Insc. Est. 0205843-02 | www.celpe.com.br



DADOS DO CLIENTE  
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 368.710.364-15

IPSEP/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
56912-130

CLASSIFICAÇÃO  
01 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

CPF DA NOTA FISCAL 007294775 UNICA 17/08/2016

APPROVAÇÃO 17/08/2016 UNICA 2010130200 3872821

|                     |            |            |
|---------------------|------------|------------|
| CONTA CONTRATO      | 2278076019 | 08/2016    |
| DATA DE VENCIMENTO  | 27/08/2016 | 19/07/2016 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 124,16     |            |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL |             |             |        |
|--------------------------|-------------|-------------|--------|
| QUANTIDADE               | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |        |
| 177,0000000              | 0,8308671   | 147,85      |        |
|                          |             | 7,34        |        |
|                          |             | 1,12        |        |
|                          |             | 2,43        |        |
|                          |             | 0,77        |        |
|                          |             | 0,66        |        |
| TOTAL DA FATURA          |             |             |        |
|                          |             |             | 124,16 |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DA NOTA FISCAL |                |               |          |            |          |            |               |
|-----------------------------------------|----------------|---------------|----------|------------|----------|------------|---------------|
| TP DO MEDIDOR                           | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | LEITURA  | ATUAL DATA | LEITURA  | Nº DE DIAS | CONSUMO (kWh) |
| 25231829                                | CAT            | 18-05-2016    | 14136,00 | 17-08-2016 | 10307,00 | 92         | 177,00        |

| CONSUMO DE ENERGIA |               |             |             |
|--------------------|---------------|-------------|-------------|
| PERÍODO            | CONSUMO (kWh) | VALOR (R\$) | VALOR (R\$) |
| JUN 16             | 177           | 147,85      | 37,38       |
| MAY 16             | 270           | 2,43        | 1,12        |
| ABR 16             | 295           | 2,43        | 21,80       |
| MAR 16             | 186           | 11,00       | 0,12        |
| FEB 16             | 301           | 25,45       | 26,78       |
| JAN 16             | 211           | 15,62       | 1,99        |
| DEZ 15             | 207           |             |             |
| NOV 15             | 247           |             |             |
| OUT 15             | 217           |             |             |
| SET 15             | 186           |             |             |
| AGO 15             | 173           |             |             |
| JUL 15             | 143           |             |             |
| JUN 15             | 138           |             |             |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES  
A Nota Fiscal é emitida e lançada em nome do cliente, sendo que a responsabilidade pelo pagamento é do cliente. O cliente é responsável por verificar a validade da Nota Fiscal e a validade da tarifa aplicada. O cliente é responsável por verificar a validade da tarifa aplicada. O cliente é responsável por verificar a validade da tarifa aplicada.

CONSUMO DE ENERGIA

CONSUMO DE ENERGIA

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES |             |             |             |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| TIPO DE INTERRUPÇÃO                   | VALOR (R\$) | VALOR (R\$) | VALOR (R\$) |
| INTERRUPÇÃO                           | 0,00        | 0,00        | 0,00        |
| INTERRUPÇÃO                           | 0,00        | 0,00        | 0,00        |
| INTERRUPÇÃO                           | 0,00        | 0,00        | 0,00        |

CONTA CONTRATO 2278076019 MÊS/ANO 08/2016 DATA DE VENCIMENTO 27/08/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 124,16

83840000001-4 24160011002-8 27807601910-0 03541512433-9



EXCELSIOR SEGUROS  
19 OUT 2017  
SEGURO DPVAT.



# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Romana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744/25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcelino dos Santos Pinto inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.173.714/00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marcelino dos Santos Pinto inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.173.714/00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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<br><u>Rua Francisco Olavo</u> | Número<br><u>110</u>           | Complemento<br><u>Casa</u> |
| Bairro<br><u>IPSEP</u>                 | Cidade<br><u>Senna Talhada</u> | Estado<br><u>PE</u>        |
| Email                                  | Telefone comercial (DDD)       | CEP<br><u>56912-130</u>    |
|                                        |                                | Telefone celular (DDD)     |

Senna Talhada 03 de Outubro de 2017  
Local e Data

Romana de M. S. Cavalcante  
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS  
19 OUT 2017  
SEGURO DPVAT.

FLORES

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

|                                                                                                                                                                                                         |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Data e Hora: 02-05-2017 às 05:10                                                                                                                                                                        | Nº. Ocorrência: 18a       |
| Nome: Marceline dos Santos Pinto                                                                                                                                                                        | Data Nascimento: 02-08-98 |
| Profissão: Agricultor                                                                                                                                                                                   | Sexo: M                   |
| Fone.:                                                                                                                                                                                                  | Doc. Ident.:              |
| End.: Eldorado                                                                                                                                                                                          | SUS: 700701959211275      |
| Responsável: Maria Aparecida dos Santos (mãe)                                                                                                                                                           |                           |
| Tipo de Atendimento:         Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> |                           |

Pressão Arterial: HGT: Pulso: Temp.: Peso:

Histórico e Exame Físico:

Fratura de Radio A/E

Alergia Ø

Tratamento:

Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente

Residência ☐Internado ☐Transferido ☒

Removido para Hospital

HOSPAM

Óbito às

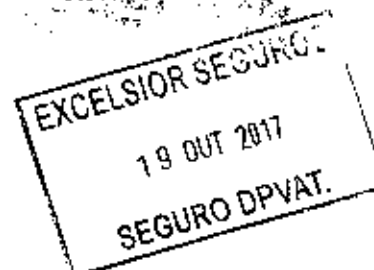
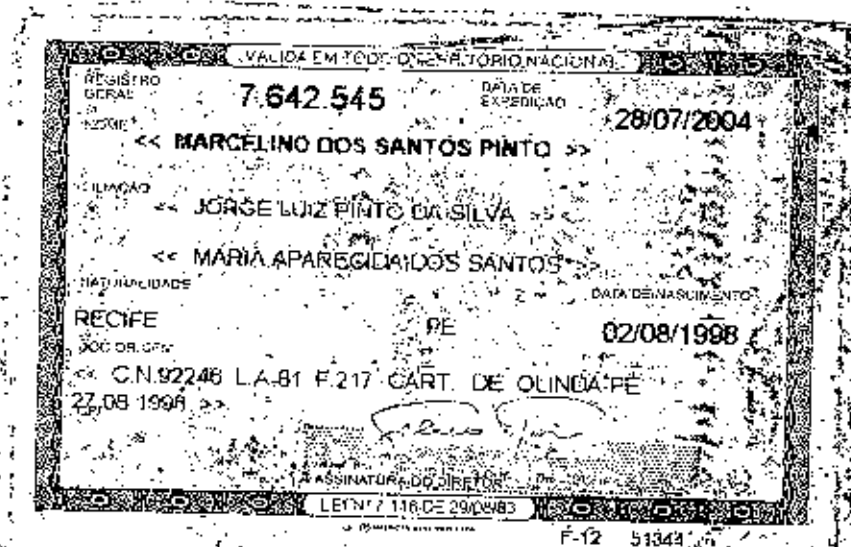
horas do dia

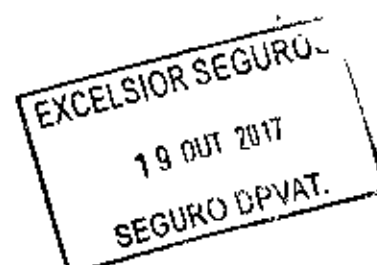
Médico - Carimbo e CRM:

Tássio José Bezerra dos Santos -

CRM: 20.520

EXCELSIOR SEGUROS  
19 OUT 2017  
SEGURO DPVAT.







**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO**

**ROSE**  
**ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

**DOC. IDENTIDADE / OUT. PASSADIF**  
**6070202 SDS PE**

**CPF**  
**051.394.744-25**

**DATA NASCIMENTO**  
**19/06/1983**

**FLUXO**  
**ARCELO PEREIRA DA SILVA**  
**MARIA JOSE DE MENEZES SILVA**

**PERMISSÃO**  
**ADG** **OUT. MAR**  
**AD**

**Nº Registro**  
**04935894409**

**VALIDADE**  
**18/11/2015**

**EXPIRAÇÃO**  
**06/05/2010**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1017067334**

**VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**  
**1017067334**

**OBSERVAÇÕES**

**Assinatura do titular**  
*[Assinatura]*

**LOCAL**  
**SERRA TALHADA - PE**

**DATA EMISSÃO**  
**19/11/2014**

**Assinatura do emitente**  
*[Assinatura]*

**47011346458**  
**20063050153**

**EXCELSIOR SEGUROS**  
**19 OUT 2017**  
**SEGURO DPVAT**



Outros

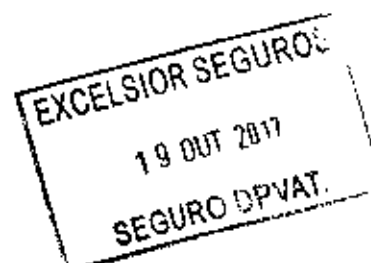


## DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 26 de setembro de 2017

X Marcelino dos Santos Pinto





DE: ROSANA MENEZES

RUA: ORACIO DE ANDRADE

103, SALA 02

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP: 56.900.000

EXCELSIOR SEGURO  
19 OUT 2017  
SEGURO PRIVAT



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170561626 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELINO DOS SANTOS PINTO **Data do acidente:** 02/05/2017 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

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

**Data da análise:** 26/10/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** Fratura de rádio esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou predizer com acuracidade 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 relatório médico hospitalar descrevendo a evolução das lesões, os tratamentos realizados e seus resultados.

**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:** 3170561626 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELINO DOS SANTOS PINTO **Data do acidente:** 02/05/2017 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

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

**Data da análise:** 30/11/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de úmero esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado à Perícia Médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insuseptíveis à terapêutica segundo os moldes previstos pela legislação 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              |

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** CARLOS MIRANDA CHAGAS

**CRM do médico:** 52.34765-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170561626 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELINO DOS SANTOS PINTO **Data do acidente:** 02/05/2017 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE 1/3 DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXÃO DO COTOVELO ESQUERDO

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** OBS - NOTA DO REVISOR - CONCLUSÃO BASEADO NA AVALIAÇÃO DOCUMENTAL E PERICIAL

**Médico examinador:** ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA

**CRM do médico:** 19340

**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 funcional completa de um dos membros superiores | 70 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 35%       | R\$ 4.725,00          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 35 %      | R\$ 4.725,00          |

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## Procuração



Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Marcelino dos Santos Pinto

portador(a) do documento de identidade nº 7.642.543, expedido por SSS/PE, em

28/07/2004 inscrito no CPF sob o nº 074.173.714-00, residente na

Rua Ven Genino Silvio Queiroz, nº 17

complemento Casa, Bairro Vila Nova, cidade

Florença, Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29/05/2001 inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 26 de setembro de 2017

Outorgante X Marcelino dos Santos Pinto



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE

Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA

CPF: 187.093.384-20

Maria Lúcia de Sousa  
Substituta  
CPF: 187.093.384-20

Reconheço a firma por Autenticidade de MARCELINO DOS SANTOS PINTO. Dou fé. Serra Talhada - PE. Em Test. ( ) de Verdade. ( ) Reginaldo Anísio da Silva - Titular. ( ) Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Emol. - R\$ 3,30 TSNA - R\$ 0,10. FERT - R\$ 0,20. ISS - R\$ 0,19. Selo: 0074872.GLC09201701.00072 26/09/2017 09:40:38 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

EXCELSIOR SEGUROS  
19 OUT 2017  
SEG. COLET.

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11849875

A/C: MARCELINO DOS SANTOS PINTO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170561626 ASL-0406062/17  
**Vítima:** MARCELINO DOS SANTOS PINTO  
**Data Acidente:** 02/05/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

**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](http://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](http://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 CIA EXCELSIOR DE SEGUROS onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2017

Carta nº: 11864245

A/C: MARCELINO DOS SANTOS PINTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170561626 ASL-0406062/17  
Vitima: MARCELINO DOS SANTOS PINTO  
Data Acidente: 02/05/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/05/2017**. 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 **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS** 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARCELINO DOS SANTOS PINTO**

Sinistro: **3170561626**  
Vítima: **MARCELINO DOS SANTOS PINTO**  
Data do Acidente: **02/05/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

**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 3170561626** 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, 15 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12109259

A/C: MARCELINO DOS SANTOS PINTO

Nº Sinistro: 3170561626  
Vítima: MARCELINO DOS SANTOS PINTO  
Data do Acidente: 02/05/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

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: **MARCELINO DOS SANTOS PINTO**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000000586-0**

Conta: **0000035617-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 4.725,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = | R\$ | 4.725,00 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

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**



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170561626 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **MARCELINO DOS SANTOS PINTO**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA VER GERINO SILVIO QUEIROZ PITA nº 17 - VILA NOVA - FLORES/PE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 7642545 - SSP**  
Data local do exame: **11/12/2017 SERRA TALHADA/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 DE 1/3 DISTAL DE ÚMERO 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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

#### TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXÃO DO COTOVELO ESQUERDO

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ 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.

#### DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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 ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

#### MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

#### NOTA DO REVISOR - CONCLUSÃO BASEADO NA AVALIAÇÃO DOCUMENTAL E PERICIAL -

Local e data de realização do exame médico legal:

**PE - SERRA TALHADA, 11/12/2017**

**Médico Perito: ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA CRM:19340/PE**

Dr. André Gustavo F. Souza  
CREMEPE: 19340/CRM-PB: 8867



Assinatura do perito Examinador - CRM



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, Mancelino dos Santos Pinto

PORTADOR(A) DO RG Nº 7.642.545

EXPEDIDO POR SDS/PE

EM 28/07/2004

CPF 074173714-00 /CNPJ \_\_\_\_\_

PROFISSÃO agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 00

(\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Mancelino dos Santos Pinto, 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 aparecerem 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/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.

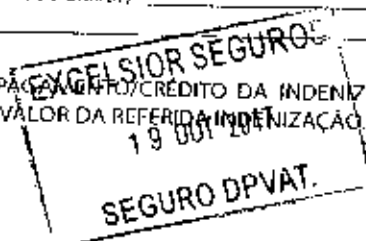
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0386 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 35617-4

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.



Senna Talhada 26 de setembro de 2017 X Mancelino dos Santos Pinto

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 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 11.941/2009) 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.

**Saldos**

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS

MARCELINO DOS SANTOS PINTO

11:14 HRS

AGENCIA 0586 CONTA 0035617-4

10/OUT/2017

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL .....

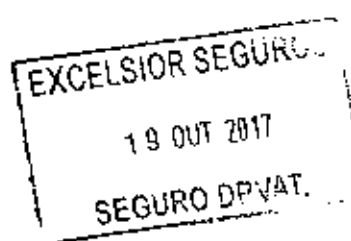
0,00

+ CONTA CORRENTE .....

0,00

TOTAL DE RECURSOS .....

0,00





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, Mancelino dos Santos Pinto

PORTADOR(A) DO RG Nº 7.642.545

EXPEDIDO POR SDS/PE

EM 28/07/2004

CPF 074173714-00 /CNPJ \_\_\_\_\_

PROFISSÃO agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 00

(\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Mancelino dos Santos Pinto, 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 aparecerem 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/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.

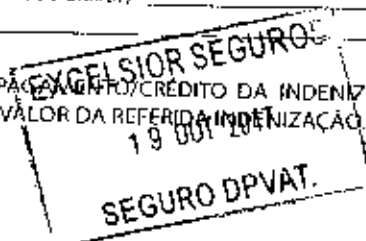
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0386 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 35617-4

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.



Senna Talhada 26 de setembro de 2017 X Mancelino dos Santos Pinto

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

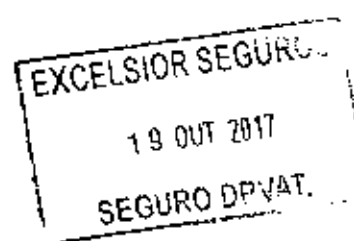
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.941/2009) 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.

**Saldos**

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS  
MARCELINO DOS SANTOS PINTO  
AGENCIA 0586 CONTA 0035617-4

11:14 HRS  
10/OUT/2017

|                          |      |
|--------------------------|------|
| DISPONIVEL               |      |
| = TOTAL DISPONIVEL ..... | 0,00 |
| + CONTA CORRENTE .....   | 0,00 |
| TOTAL DE RECURSOS .....  | 0,00 |







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, Mancelino dos Santos Pinto

PORTADOR(A) DO RG Nº 7.642.545

EXPEDIDO POR SDS/PE

EM 28/07/2004

CPF 074173714-00 /CNPJ \_\_\_\_\_

PROFISSÃO agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 00

(\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Mancelino dos Santos Pinto, 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 aparecerem 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/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.

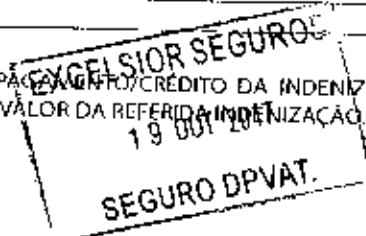
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0386 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 35617-4

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.



Senna Talhada 26 de setembro de 2017 X Mancelino dos Santos Pinto

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 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 11.941/2009) 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.

**Saldos**

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS

MARCELINO DOS SANTOS PINTO

11:14 HRS

AGENCIA 0586 CONTA 0035617-4

10/OUT/2017

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL .....

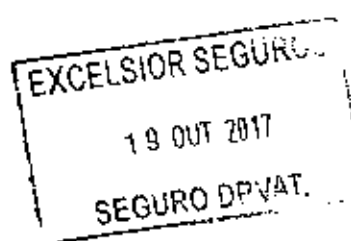
0,00

+ CONTA CORRENTE .....

0,00

TOTAL DE RECURSOS .....

0,00





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES -  
DP179ªCIRC DINTER21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0269000234

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/05/2017 às  
10:50

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)  
que aconteceu no dia 2/5/2017 às 05:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE FLORES, 1, PE328, PROXIMO AO  
CONJUNTO EL DORADO - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO  
BRASIL  
Local: 22 Km - RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência.

PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR ACIDENTE);  
MARIA APARECIDA DOS SANTOS (TESTEMUNHA);  
MARCELINO DOS SANTOS PINTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de: PESSOA  
PESSOA DESCONHECIDA

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

PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo:  
Desconhecido Naturalidade NÃO INFORMADO, PERNAMBUCO, BRASIL

MARCELINO DOS SANTOS PINTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe  
MARIA APARECIDA DOS SANTOS Pai: JORGE LUIZ PINTO DA SILVA Data de Nascimento:  
2/2/1988 Naturalidade NÃO INFORMADO, PERNAMBUCO, BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE FLORES, 17, RUA VER GERINO SILVIO QUEIROZ  
PITA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA APARECIDA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo:  
Feminina Naturalidade: NÃO INFORMADO, PERNAMBUCO, BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE FLORES, 17, RUA VER GERINO SILVIO QUEIROZ  
PITA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL

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

Akson Leite  
Agente  
Mat. 221.100-9

EXCELSIOR SEGURO  
19 OUT 2017  
SEGURO DPVAT

**CARRETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **PESSOA DESCONHECIDA**  
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO-TRATOR** **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Qualidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

### Complemento / Observação

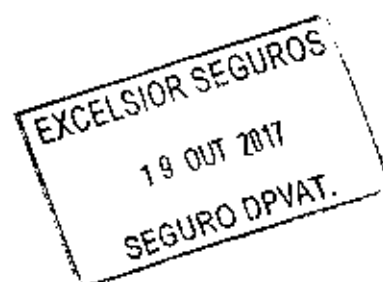
NA DATA DE HOJE O SR MARCELINO VEM A ESTA DEPOIS COMUNICAR QUE CAMINHAVA AS MARGENS DA RUA SENTIDO FLORES - CONJUNTO EL DORADO, E QUE UM CAMINHÃO TRATOR QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO BATEU EM SEU BRACO ARREHECANDO-O AO SOLO. SUA MÃE ESTAVA PROXIMO E VIU O ACIDENTE E CORREU PARA SOCORRELO, LEVANDO-O AO HOSPITAL DE FLORES, CONFORME BOLETIM DE EMERGENCIA ANEXO. O COMUNICANTE INFORMA QUE NAO PODE INFORMAR NADA A RESPEITO DO CAMINHÃO TRATOR POIS FOI PEGO POR TRAS, SEM MAIS, ENCERRO ESTE TERMO.

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

*Marcelino dos Santos Pinto*  
MARCELINO DOS SANTOS PINTO  
(VITIMA)

*Akson Leite*  
Akson Leite  
Agente  
Mat. 221.100-9

S.O. registrado por **AKSON NOAN DE QUEIROZ LEITE MAT. 221100-9** - Matrícula: 221100-9





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES -  
DP179ªCIRC DINTER2/21ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0269000234**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/05/2017 às 10:50

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 2/6/2017 às 06:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, PE328, PROXIMO AO CONJUNTO ELDOorado - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO /BRASIL**  
Local: Rm: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR / AGENTE)  
MARIA APARECIDA DOS SANTOS (TESTEMUNHA)  
MARCELINO DOS SANTOS PINTO (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
PESSOA DESCONHECIDA**

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

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

**MARCELINO DOS SANTOS PINTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
MARIA APARECIDA DOS SANTOS Pai: JORGE LUIZ PINTO DA SILVA Data de Nascimento:  
2/8/1998 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE FLORES, 17, RUA VER GERINO SILVIO QUEIROZ  
PITA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA APARECIDA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo:  
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE FLORES, 17, RUA VER GERINO SILVIO QUEIROZ  
PITA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**Akron Leite  
Agente  
Mat. 221.100-9**

**EXCELSIOR SEGUROS  
19 OUT 2017  
SEGURO DPVAT.**

**CARRETA (VEICULO)** de propriedade de(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse de(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO-TRATOR/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

### Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE O SR MARCELINO VEM A ESTA DEPOL COMUNICAR QUE CAMINHAVA AS MARGENS DA RUA SENTIDO FLORES - CONJUNTO EL DORADO, E QUE UM CAMINHÃO TRATOR QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO BATEU EM SEU BRACO ARREMECANDO-O AO SOLO. SUA MAE ESTAVA PROXIMO E VIU O ACIDENTE E CORREU PARA SOCORRELO, LEVANDO-O AO HOSPITAL DE FLORES, CONFORME BOLETIM DE EMERGENCIA ANEXO. O COMUNICANTE INFORMA QUE NAO SABE INFORMAR NADA A RESPEITO DO CAMINHÃO TRATOR POIS FOI PEGO POR TRAS. SEM MAIS, ENCERRO ESTE TERMO.

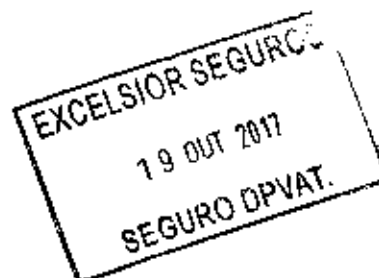
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Marcelino dos Santos Pinto*

**MARCELINO DOS SANTOS PINTO**  
(VITIMA)

*Akson Leite*  
Akson Leite  
Mat. 221.100-8

B.O. registrado por: **AKSON NOAN DE QUEIROZ LEITE MAT. 221100-8** - Matrícula: **221100-8**



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Mancelino dos Santos Pinto, portador da carteira de identidade nº 7.642.545 e inscrito no CPF/ME sob o nº 074.173.714-00 residente e domiciliado na Rua Ven Genino Silva Queiroz Pita, 17, Eldorado Cidade Flora Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

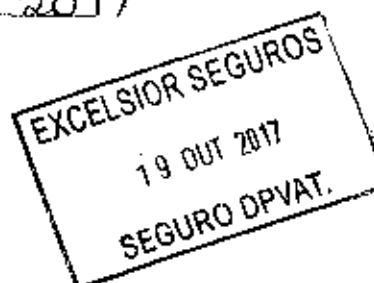
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Mancelino dos Santos Pinto

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Senna Talhada 26/09/2017

Local e data



BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: MARCELINO DOS SANTOS PINTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000035617-4

Nr. Autenticação

BRADESCO1312201705000000000023700586000000035617472500 PAGO