
Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180567406

Vítima: EDVALDO DANTAS MEDEIROS

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDVALDO DANTAS MEDEIROS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDVALDO DANTAS MEDEIROS**

Nº Sinistro: **3180567406**

Vítima: **EDVALDO DANTAS MEDEIROS**

Data do Acidente: **16/09/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180567406**.

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 13682576



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180567406

Vítima: EDVALDO DANTAS MEDEIROS

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDVALDO DANTAS MEDEIROS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180567406 Vítima: EDVALDO DANTAS MEDEIROS

Data do Acidente: 16/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180567406

Vítima: EDVALDO DANTAS MEDEIROS

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDVALDO DANTAS MEDEIROS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: EDVALDO DANTAS MEDEIROS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000006039-9

Conta: 000008818-8

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **051.352.444-41** Nome completo da vítima: **Edvaldo Dantas Medeiros**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Edvaldo Dantas Medeiros** CPF: **051.352.444-41**

Profissão: **Agricultor** Endereço: **R. Ten. Mario Ferraes, Confresa** Número: **42** Complemento: _____

Bairro: **Calmon II** Cidade: **Floripa** Estado: **PE** CEP: **56400-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: **6039** CONTA: **3818**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

EXCELSIOR SEGUROS

03 DEZ. 2018

SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Serra Talhada 20/11/2018**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

EDVALDO DANTAS MEDEIROS

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**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

Número do Sinistro: 3180567406
Nome do(a) Examinado(a): Edvaldo Dantas Medeiros
Endereço do(a) Examinado(a): R Ten Mario Ferraz, 42 Floresta Pe
Caetano II Floresta PE CEP: 56400-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [MTE / PE] 05930100008
Data local do acidente: [16/09/2018]
Data local do exame: [11/02/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES

Data da Alta: 12/10/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO E DE MOVIMENTOS ROTACIONAIS INTERNO E EXTERNO DO OMBRO DIREITO COM RESTRIÇÃO IMPORTANTE

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL IMPORTANTE DO OMBRO DIREITO

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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

☐ () "Sem seqüela 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 - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 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

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

NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA ADEQUADA

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. André Gustavo F. Souza
- Médico -
CREMEPE 19340/CRM-PE 8607



436119/18



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187ªCIRC DINTER2/22ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0277001251
DE FLAGRANTE DELITO**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/09/2018** às **06:11**

Número do Aviso de Atendimento: **846/2018**

DIREÇÃO PERIGOSA - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **16/9/2018** às **00:40**

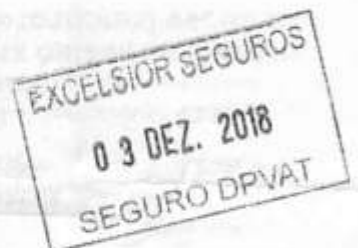
Natureza Jurídica: **ART. 306 CTB (DIRIGIR SOB INFLUENCIA DE ALCOOL)**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, PE 360, KM 20, VARJOTA - Bairro: ZONA RURAL DE FLORESTA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

EDVALDO DANTAS MEDEIROS (AUTOR \ AGENTE - Flagrante de Delito)
JOSENILDO BEZERRA DA SILVA (OUTRO)
IVAN PADUA NUNES GOMES (OUTRO)
ANTONIO JOSE CORDEIRO (OUTRO)
GEORGE LUIS PEREIRA RUFINO ALVES MAT. 121.531-0 (TESTEMUNHA)
ANTONIO CORDEIRO ZUZA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO CORDEIRO ZUZA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDVALDO DANTAS MEDEIROS

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

EDVALDO DANTAS MEDEIROS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JURACI MARIA DE JESUS MEDEIROS
Pai: **IVAN DANTAS MEDEIROS** Data de Nascimento: **7/9/1984** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
05135244441 (CPF), 04081332995 (CNH) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão:
COMERCIANTE Telefones Celulares:
- 87996837583

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA VERIFICACAO DE EMBRIAGUEZ**
Endereço Residencial: **RUA MANOEL ANTONIO NOVAES, 43 - CEP: 56400000 - Bairro: CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANTONIO CORDEIRO ZUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JULIA PEREIRA ZUZA Pai: HILARIO CORDEIRO CALADO Data de Nascimento: **15/4/1959** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **31166270459 (CPF), 02206627053 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares:
- 87991975734

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Residencial: **RUA DE FERRAZ - IBIMIRIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE IBIMIRIM, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - IBIMIRIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANTONIO JOSE CORDEIRO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA CORDEIRO Pai: JOSE JOAQUIM CORDEIRO Data de Nascimento: **26/11/1974** Naturalidade: **ITAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4633541/SDS/PE (RG)** Profissão: **SERVENTE DE PEDREIRO**
Endereço Residencial: **RUA JOSE BARBOSA, 376 - CEP: 56560000 - Bairro: LAGES - IBIMIRIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	051.352.444-41	Edvaldo Dantas Medeiros
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Edvaldo Dantas Medeiros		
Profissão:	Endereço:	CPF:
Agricultor	R. Ten. Mario Ferraes, Confuso	051.352.444-41
Bairro:	Cidade:	Número:
Calmon II	Floripa	42
E-mail:	Estado:	CEP:
	PE	56400-000
		Tel. (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RECEITA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)		Nome do BANCO: Bradesco	
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	6039	3818
		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

EXCELSIOR SEGUROS

03 DEZ. 2018

SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Gráu de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Serra Talhada 20/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

EDVALDO DANTAS MEDEIROS

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BOLETIM DE EMERGÊNCIA Nº _____

DATA: 16/09/18		HORA: 01:30		CARTÃO SUS: 400.606.486.034.962	
NOME: Edivaldo Dantas Medeiros					
DATA NASCIMENTO: 07/09/84		IDADE: 34	SEXO: .	ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:
MÃE: Juraci Maria de Jesus					
Pai: Ivan Dantas Medeiros					
ENDEREÇO: R. Coronel Álvaro Ferraz nº42					BAIRRO: Avelino II
MUNICÍPIO: Floresta		FONE:	CPF: 053.959.444-41	RG:	
RAÇA/COR:	BRANCA	PRETA	PARDA	AMARELA	INDÍGENA
PULSO:	HGT:	TEMP		PESO:	
CURATIVO	APLICAÇÃO MEDICAMENTO	RX	IMOBILIZAÇÃO	ECG	SUTURA
TITULO DE ACIDENTE:	X	SIM	NÃO	ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL	
PERDIDA DE ANIMAIS:	SIM	NÃO	X		
HISTÓRIA E EXAME FÍSICO: DOR no braço direito Aprox 3 colúmbas de C7 + C8 + T1 ± 1 hora. NOVA DOR no braço. APRESENTA SINAIS DE USO STÉRIL. Alimentado.					
EXAME FÍSICO: 1) RAIOS X DO BRAÇO DIREITO. Feito. 2) VOLTAGEM - 200V IM. 02/05 3) DIFERENÇA - 200V IM. 01/05					
CONTATO: 09.794.975 / 0177-74					
HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERRAZ R. Alcina Torres de Araújo, 33 Centro - CEP 56.400-000 Floresta - PE					
HISTÓRIA DIAGNÓSTICA: CONTATO EM BRAÇO			CARIMBO E ASSINATURA: Márcio Nascimento Médico CRM - PE 24643		
DESTINO DO PACIENTE:	INTERNADO	RESIDÊNCIA	TRANSFERIDO	EVASÃO	
MOVIDO PARA HOSPITAL:			HORA:	SENHA:	
CONFERE COM O ORIGIN					

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: 14/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDVALDO DANTAS MEDEIROS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06039-9

CONTA: 000000008818-8

Nr. Autenticação

BRDESCO140220190500000000023706039000000008818253125 PAGO



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

ATENDIMENTO: RUA DARIO FERRAZ - N.º 1811 - 08310 - CENTRO FLORES
TA PE 56400-000

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 9239162 Set/2018
IVAN DANTAS NEDEIROS
R TEN MARIO FERRAZ, COMPESA 00042 - - CAETANO II FLORESTA PE
56400-000
INSCRIÇÃO: 057.214.029.0238.000 GRUPO:3 DEB. AUTOMÁTICO: 009239162

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
		RESIDENCIAL	COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
		1		
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
Y10N192389	27/08/2018	26/09/2018	REAL	

ÁGUA:
LEIT ANT: 1342 CONSUMO: 14
LEIT ATU: 1356
LEIT FAT: 1356

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

08/2018 12
07/2018 13
06/2018 13
05/2018 11
04/2018 12
03/2018 13

MEDIA: 12

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIMENTO A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	34	34	34
COR APARENTE	34	34	34
CLORO RESIDUAL	34	34	34
COLIF. TOTAIS	34	34	34
E. COLI	34	34	34

Qualidade de Água: 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	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(1)		
ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	4 M3	18,96

EXCELSIOR SEGUROS

03 DEZ. 2018

SEGURO DPVAT

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	60,26	1,65	0,99
COTAX	60,26	7,60	4,58

VENCIMENTO: 05/10/2018

TOTAL A PAGAR: 60,26

MENSAGEM:

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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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 Edvaldo Dantas Medeiros inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.352.444 / 41, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Edvaldo Dantas Medeiros, inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.352.444 / 41, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Agricultor Renda: não informar e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Francisco Olavo</u>		Número	<u>110</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>IPSEP</u>	Cidade	<u>Petra Valhada</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>56912-130</u>	
					<u>87-9634-4907</u>	

Petra Valhada, 20 de 11 de 2018
Local e Data

Romana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante

CliniK

Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,

Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;

CEP: 56903- 440

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

Relatório médico

Edvaldo Dantas Medeiros; Idade: 34 anos.

Paciente foi vítima de acidente de trânsito por colisão moto/carro no dia 16/09/18. Fato ocorrido no município de Floresta, PE 360, KM 20, Varjota (zona rural).

Foi levado ao hospital municipal da cidade de Floresta, na qual foi atendido pelo médico clínico geral que diagnosticou fratura do úmero proximal direito, após a realização de exame de imagem (RX do braço direito).

Cirurgia de correção ortopédica no hospital Francisco Anselmo (Clínica São Francisco). Ficou com cicatriz cirúrgica de mais ou menos 15 centímetros.

Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exame físico-clínico visual, sequela consequente ao trauma na qual foi observada limitação de movimento do braço direito de mais ou menos 90 % e diminuição da força da mão de mais ou menos 50%.

No momento encontra-se de alta do tratamento com a fisioterapia.

Atenciosamente

Ricardo Bruno S. S. e Silva Dr. Ricardo Bruno

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992.

Serra Talhada, 29 de janeiro de 2018.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1017067334
 VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL

1017067334
 PROIBIDO PLASTIFICAR

NOME
 ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / OUTRO EMISSOR / UF
 6870802 SDS PE

CPF
 051.394.744-25

DATA NASCIMENTO
 19/08/1983

FORMAÇÃO
 ARCELO PEREIRA DA
 SILVA
 MARIA JOSE DE MENEZES
 SILVA

PERMISSÃO
 ACC CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO
 04935894609

VALIDADE
 19/11/2019

1ª HABILITAÇÃO
 06/05/2010

OBSERVAÇÕES
 1

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 BARRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
 19/11/2014

Luiz Carlos de Oliveira
 ASSINATURA DO EMISSOR

47011846458
 PRO63050153

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

EXCELSIOR SEGUROS

03 DEZ. 2018

SEGURO DPVAT

DEBENTURE

DETTRAN - PE		Nº 013726301665	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIS	1	458608690	EXERCÍCIO 2018
		ENTRADA	*****

EDVALDO DANTAS MEDEIROS

ED-ULS-PE

051.352 444-41 OFF / CHRG

PLACA DE IDENTIFICACAO

MEMORANDUM

	MARCA / MODEL	PAIO FIRE	ECONOM 2012	PAIO FIRE	AND MOD.	2012
--	---------------	-----------	-------------	-----------	----------	------

75CV/1000CL

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
PVA 2018 QUITA 00	1º	xxxxxxxxxx

DATE	PARCE
	書 寄 書

ESTÁGIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DAI A DÉ PAGAMENTO
---------------	-----------	--------------------	--------------------

RESERVA

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
PRESIDENTE: DR. FRANCESCO
VIRI

DATA 01/03/10

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Director, Presidente DETRAN/PE

EXCELSIOR SEGUROS
03 DEZ. 2018
SEGURO DPVAT

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

PE Nº 013726301665

EDVALDO DANTAS MEDEIROS

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

www.seguradorilider.com.br

SAC DPVAT 0300 022 1204

□

FLORESTA-PE

1	051.352.444-4	PLACA	2627931
---	---------------	-------	---------

1900000000	REDAVAM	MAR/A / MURDO	I/FIAT PALIO FIRE ECON
------------	---------	---------------	------------------------

MANO FAB	012	01	0AP17169LD3042184	NP CLASSI
----------	-----	----	-------------------	-----------

PRÊMIO TARIFÁRIO-

END (M)	DEMTRAN (M)	CUSTO DA SEGUR. (R\$)
---------	-------------	-----------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$)	R\$ 0,00	TOTAL A SER PAGADO R\$ 600,00
SEGURO FICO		

COTA ÚNICA	PAGAMENTO	☐ PARCELADO	DATA DE EMISSÃO
------------	-----------	------------------------------------	-----------------

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.748.806/0001-04

ESTATUO E QUARE O BILIBES OPVAT
ELE NAO E DE FORTE ORIGINARIO.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180567406 **Cidade:** Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVALDO DANTAS MEDEIROS **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO E DE MOVIMENTOS ROTACIONAIS INTERNO E EXTERNO DO OMBRO DIREITO COM RESTRIÇÃO IMPORTANTE

Resultados terapêuticos: VÍTIMA APRESENTA RADIOGRAFIA COM FRATURA CONSOLIDADA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/02/2019

Conduta mantida:

Observações: NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA ADEQUADA

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

DECLARAÇÃO

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

SERRA TALHADA, 30 de 10 de 2018

X EDVALDO DANTAS MEDEIROS

EXCELSIOR SEGUROS
03 DEZ. 2018
SEGURO DPVAT

Procuração

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

1. Outorgante Edvaldo Dantas Medeiros,

portador(a) do documento de identidade nº 6.928.132, expedido por SDS/PE, em

16/10/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.352.444-41, residente na

Praia Ten. Mario Farias, nº 42

complemento Casa, Bairro Castano II, cidade

Floresta, 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.

Floresta 30 de Outubro de 2016.

Outorgante X EDVALDO DANTAS MEDEIROS



CARTÓRIO ÚNICO DE FLORESTA-PE / Maristela Feitosa Simões Ferreira
Rua Alcides Torres de Araújo, 86 - Floresta - PE - CEP: 56400-000 - Fone/Fax: (87) 3877-1826 - e-mail: cartoriofloresta@yahoo.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de EDVALDO DANTAS MEDEIROS, dou fé. Floresta-PE, 30/10/2018 11:35:23. Em testemunho da verdade, SILMARA DO NASCIMENTO - Escrevente. Emol.: 3,59 ISNH: 0,80 FERC: 0,40 TOTAL: 4,79. Selo: 0076810.UPE10201801.00467. Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Silmara do Nascimento

EXCELSIOR SEGUROS

03 DEZ. 2018

SEGURO DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436119/18

Número do Sinistro: 3180567406

Vítima: EDVALDO DANTAS MEDEIROS

CPF: 051.352.444-41

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 16/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDVALDO DANTAS
MEDEIROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/12/2018
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA