



01/10/2020

Número: **0000354-13.2019.8.17.2620**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Floresta**

Última distribuição : **12/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDVALDO DANTAS MEDEIROS (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68891227	01/10/2020 14:15	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 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

Pag. 01137/01138 - carta_03 - INVALIDEZ

00050569



Carta nº 13682564



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

Pag. 00065/00066 - carta_01 - INVALIDEZ

00020033





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, 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

Pag. 01465/01466 - carta_03 - INVALIDEZ

00030733



Carta nº 13774584





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

Pag. 00089/00090 - carta_02 - INVALIDEZ

00050045



Carta nº 13903346





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, 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: $18,75\% \times 13.500,00 =$ 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

Pag. 01519/01520 - carta_15R - INVALIDEZ





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		CPF: 051.352.444-41
Profissão: Agricultor	Endereço: R. Ten. Manoel Frazz Corrêa	Número: 42
Bairro: Calheta II	Cidade: Floresta	CEP: 56400-000
Estado: PE		Complemento:
E-mail:		Tel. (DDD):

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

RENDA 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)	Nome do BANCO: Bradesco
☐ Itaú (341)	
☐ Banco do Brasil (001)	
☐ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA:	AGÊNCIA: 6039
CONTA:	CONTA: 8818
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 nos documentos apresentados, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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: Vivos: Falecidos:
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

**Lauda 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- 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 -
CRM-PE 19340 / CRM-PE 8607





436119/18



Mat. 3875032

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

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

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

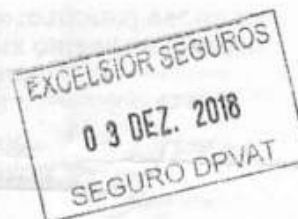
Número do Aviso de Atendimento: **846/2018**

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: **MUNICIPIO 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)
JOSENILO 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: **MUNICIPIO 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		CPF: 051.352.444-41
Profissão: Agricultor	Endereço: R. Ten. Manoel Frazz Corrêa	Número: 42
Bairro: Calheta II	Cidade: Floresta	CEP: 56400-000
E-mail:	Estado: PE	Tel. (DDD):

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

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)	Nome do BANCO: Bradesco
☐ Itaú (341)	
☐ Banco do Brasil (001)	
☐ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA:	AGÊNCIA: 6039
CONTA:	CONTA: 8818
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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: Vivos: Falecidos:
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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

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: 100.606.486.034.962
NOME: Edivaldo Santos Medeiros		
DATA NASCIMENTO: 09/09/84	IDADE: 34	SEXO: ☐ M ☐ F
ESTADO CIVIL:		PROFISSÃO:
MÃE: Juraci Maria de Jesus		
Pai: Ivan Santos Medeiros		
ENDEREÇO: R. Coronel Ferraz nº 42		Bairro: Celiano II
CIDADE: Floresta	FONE:	CPF: 053.959.444.41
RG:		
RAÇA/COR:	BRANCA	PRETA
	PARDA	AMARELA
	INDÍGENA	
TA: PULSO:	HGT:	TEMP
PESO:		
CURATIVO	APLICAÇÃO MEDICAMENTO	RX
IMOBILIZAÇÃO		ECG
SUTURA		
TÍTULO DE ACIDENTE: ☒ SIM ☐ NÃO		ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL
ORDENADA DE ANIMAIS: ☒ SIM ☐ NÃO		
HISTÓRIA E EXAME FÍSICO: DOR no BEM BRACO DIREITO APROX 3 COLUNAS DE CARGO + CARGO 1/2 + 2 HORAS. NOVA DORNO, VOMITO. APRESENTA SINTOMAS DE USO STÉRIL. Alimentado.		
ATENDIMENTO: 1/ RAIOS X DO BRACO DIREITO. Feb. 2/ VOLTAGEM - 200V IM. 02/85 3/ DIFERENÇA - 200V IM. 01/85		
09.794.975 / 0177-74		
HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERRAZ R. Alcina Torres de Araújo, 33 Centro - CEP 56.400-000 Floresta - PE		
POTÉSE DIAGNÓSTICA: CONTINUA EM BRACO		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

BRADESCO1402201905000000000023706039000000008818253125 PAGO





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

ATENDIMENTO: RUA DARIO FERRAZ - IMN. - 00010 - CENTRO FLORES
TA-PE 56400-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 9239162 Set/2018	
IVAN DANTAS MEDEIROS			
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	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
LIGADO	POTENCIAL	1	COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICA
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
Y10N19C389	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
MÉDIA: 12

PARÂMETROS	NÚMERO DE ANÁLISES		
	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
COEF. TOTAIS	34	34	34
E. COL.	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
IMP. COFINS	60,26	1,65	0,99
	60,26	7,60	4,58

VENCIMENTO: 05/10/2018

TOTAL A PAGAR: 60,26

MENSAGEM:



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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

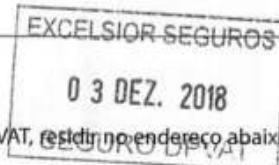
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Romão 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 <u>56912-130</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>87-9634-4907</u>	

Petra Valhada 20 de 11 de 2018
Local e Data

Romão de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante

DLR01 V001/2017



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

Dr. Ricardo Bruno S. S. e Silva Dr. Ricardo Bruno
Médico
CRM-PE: 23409

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

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

Serra Talhada, 29 de janeiro de 2018.



PROIBIDO PLASTIFICAR

1479114744

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1479114744

REPÚBLICA DE GUAYANA FRANCESA

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: EDUARDO DANTAS MEDEIROS

RG: 06936100008 RT PE

CPF: 083.382.664-61

DATA NASCIMENTO: 07/09/1984

PLACADE: IVAN DANTAS MEDEIROS

OTACI MATIA DE JESUS MEDEIROS

Nº REGISTRO: 0608133893

VALIDADEZ: 30/04/2017

DATA EMISSÃO: 29/06/2017

LOCAL: BARRA PAVANNA, PE

ASSINATURA: [Assinatura]

PERNAMBUCO

1479114744

PROB0030896

EXCELSIOR SEGUROS

03 DEZ. 2018

SEGURO DPVAT





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

NOME: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / DNS EMISSOR / UF: 6870802 SDS PE

CPF: 051.394.744-38 DATA NASCIMENTO: 19/08/1983

FUNÇÃO: ARCEVO PEREIRA DA SILVA
MARIA JOSE DE MENEZES SILVA

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO: 04935894409 VALIDADE: 19/11/2019 HABILITAÇÃO: 06/05/2010

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Detentor: *Rosana de Menezes Silva Cavalcante*

LOCAL: BARRA TALHADA - PE DATA EMISSÃO: 19/11/2014

Assinatura do Emissor: *Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior*

47012846458
PRO63050153

DETAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

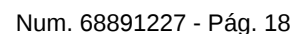
VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1017067334

PRIMEIRO PLASTIFICAR
1017067334

EXCELSIOR SEGUROS
03 DEZ. 2018
SEGURO DPVAT



EXCELSIOR SEGUROS
03 DEZ. 2018
SEGURO DPVAT



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

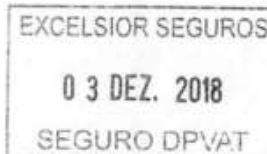


DECLARAÇÃO

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



Procuração

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

1. Outorgante Edvaldo Dantas Almeida

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 Fraz, 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.

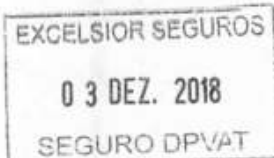
Outorgante X EDVALDO DANTAS MEDEIROS



CARTÓRIO ÚNICO DE FLORESTA-PE / Maristela Feitosa Simões Ferreira
Rua Alceu Torres de Araújo, 88 - Floresta - PE - CEP: 56400-000 - Fone/Fax: (37) 3277-1628 - e-mail: cartoriofloresta@yahoo.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de EDVALDO DANTAS MEDEIROS, sou fê. Floresta-PE, 30/10/2016 11:35:23. Em testemunha da verdade. SILMARA DO NASCIMENTO - Escrevente. Emol.: 3,59 ISUF: 0,80 FERC: 0,40 TOTAL: 4,79. Selo: 0076810.UPE10201801.00467. Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Silmara do Nascimento



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

Titular do CPF: EDVALDO DANTAS MEDEIROS

CPF de: Próprio

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

