



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sandra Felismina Barbosa,
RG nº 4821124, data de expedição 26/04/2012
Órgão SDS, portador do CPF nº 002.199.524-93, com
domicílio na cidade de Recife, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Dr. Solano Carneiro da Cunha, nº 18,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Victor Lucas B. de Souza cujo o condutor era
Victor Lucas Barbosa de Souza.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda / NXR 150 BROS ESD

Ano: 2014

Placa: 0904229

Chassi: 9C2K00540ERO43010

Data do Acidente: 18/01/2017

Local e Data: cruzamento da upa na Av. caxangá (várzea)

Camacilhe 07/04/2017

Sandra Felismina Barbosa
Assinatura do Declarante

Victor Lucas Barbosa de Souza

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de:

SANDRA FELISMINA

VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA

Camacilhe 07/04/2017 - 16:35:49 Emel. R\$ 7,70 + ISNR 1,56 Total 939,32

Consulte a autenticidade em jea.br/selocigital

Selo: 0070469 02F032D1703.01523 e 0070489 0NK032D1703 01524

ADRIELY GREICY DA CUNHA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA 042

07/04/2017 16:35:49
19-01-2017
19-01-2017

19-01-2017

07/04/2017 16:35:49
19-01-2017
19-01-2017

Procedência

☐ Domicílio ☐ Outro Hospital ☐ Home Care ☐ Outros:

* Caso procedente de outro hospital, home care ou clínica de hemodálise, anotar protocolo de medidas de prevenção de contato da COH.

Horário do início do atendimento SMART : h

QUEIXA PRINCIPAL:

SSV: FR 17 FC 94 PA 120/80

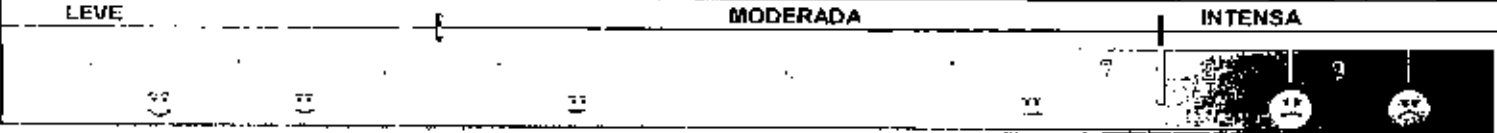
SATURACÃO O2 98%

RISCO DE QUEDA ☐ SIM ☐ NÃO

TEMPERATURA 36,4

DOR () SIM () NÃO LOCAL

ESCALA VISUAL ANALÓGICA



Antecedentes

HAS ☐ Sim ☐ Não

Tabagismo ☐ Sim ☐ Não

Alergias ☐ Sim ☐ Não

DM ☐ Sim ☐ Não

Etilismo ☐ Sim ☐ Não

Quais:

Outros:

Medicamentos em uso

Ass. Enfermagem:

NÍVEL DE RISCO - CLASSIFICAÇÃO	
<input type="checkbox"/> ES1	Paciente requer intervenção imediata? - Inresponsivo, apnéia, entubado (ou que precise ser entubado) com pulso (PCR), anafilaxia, sofrimento respiratório, trauma grave/queda sem resposta, alúcio, dor no peito com sudoreses/palidez, instabilidade hemodinâmica.
<input type="checkbox"/> ES2	Suspeita de SCA, SIRS, confusão delirante, sinais de AVC (hemiparesia), dor intensa (7 a 10), gravidez ectópica estável, QT com febre, intoxicação exógena.
<input type="checkbox"/> ES3	2 ou mais recursos
<input type="checkbox"/> ES4	1 recurso
<input type="checkbox"/> ES5	Nenhum recurso

Horário do início do atendimento médico 18:10 h

R.D.A

Urgem no caso com dor no Sino e fígado + dor no abd. in no abd. superior, dor no abd. superior.

Asma/DPOC ☐ Sim ☐ Não

Angina/IAM ☐ Sim ☐ Não

Internamento últimos 60d ☐ Sim ☐ Não

AVC ☐ Sim ☐ Não

Dist. coag. ☐ Sim ☐ Não

Motivo:

Convulsões ☐ Sim ☐ Não

Neoplasia ☐ Sim ☐ Não

Uso de ATBs nos últimos 60d ☐ Sim ☐ Não

IRA/IRC ☐ Sim ☐ Não

Uso de QT ☐ Sim ☐ Não

Cirurgias prévias ☐ Sim ☐ Não

Quais:

Exame físico

1. Vias aéreas: sem ruídos, sem roncos.
2. Tórax: sem ruídos, sem roncos.
3. Abdome: sem ruídos, sem roncos.
4. Extremidades: sem ruídos, sem roncos.

Hipóteses diagnósticas

1. ...
2. ...

Maria A. Silva
Clotilde G.
CRM-FE: 16453

CID 10:

CID 10:

Dr. Camila Alatorre
Cirurgiã
C.R.M.

☐ Bioquímica ☐ Gasometria ☐ Coagulograma

Dr. J. B. ...
The Radiology

CJRTF 457

Los exámenes solicitados

horatio realization

horário realização:

horário realização:

Tempo de realização:

104210 104210

how the world works

best-fit realization.

11. *Journal of the American Medical Association*, 1990; 263: 1025-1028.

[illegible]

Reavaliações

HORA:

HORA: 23.00 - Durante esse dia no momento
F= 90 kgm SpB = 44% PR = 16.5 m
Médica residente.

[illegible]

HORA: _____

Encomendas por transporte de passageiros e mercadorias
Vinculo relativo ao acompanhamento em todo o curso da gestao

Alta Hospitalar.

Modificado por

Una Comila Alcolizzato
Gruppo Vasculer
CRM: 16241

Anotações de enfermagem

[illegible]

Cecilia M^a Pereira
Téc. Enfermagem
COREN - PE 074519

REC. de Enfermagem
CORREIO 530479

Diagnóstico final do serviço de emergência

1- Transmembrane protein

CID 10:

2.

CID 10:

3..

CID 10:

Horário de Conclusão do atendimento 10:00h

Destino do paciente

☒ Alta hospitalar ☐ Alta a pedido ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Transferência

☐ Internamento ☐ UTI ☐ Apartamento

☐ Encaminhamento a outra especialidade: _____

☐ Alastado Dias: OF

[] Declaração

19 FEB. 2017

RECEIVED: NOV 27, 1966

SECRET

45

União Canila Alcoibado
Cirurgia Vascular
CRM: 15641

Médico responsável pela conclusão do atendimento (assinatura e carimbo)

SCALA DE DETERIORIZAÇÃO CLÍNICA – MEWS

OBS: ATENÇÃO PARA OS SINAIS DE SEPSE

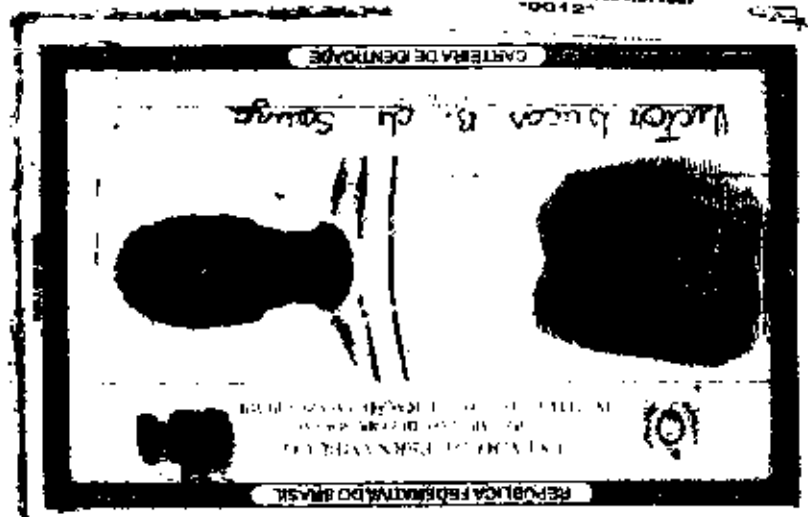
Hiperglicemia > 150mg, porcentagem em paciente não diabético
Redução do nível de consciência
Hipotensão arterial (PAS \leq 90mmHg)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Assinatura e carimbo do enfermeiro (a): _____



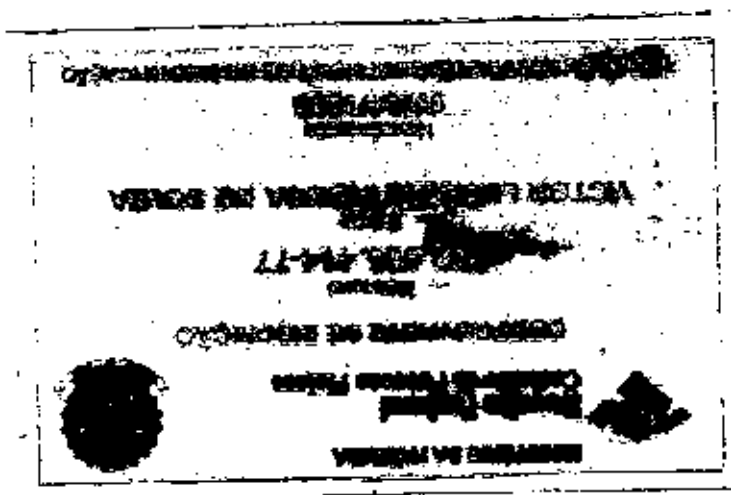
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	81865.871
DATA DE EXPEDICAO	01/03/2013
NOME	<< VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA >>
PAIS	<< BRASIL >>
PAIS	<< MARILSON SERGIO ABRUDA DE SOUZA >>
PAIS	<< SANDRA FELISMINA BARBOSA >>
NACIONALIDADE	RECIFE - PE
DATA DE NASCIMENTO	07/04/1996
DATA ORDEM	<< CN.8882 L.4404 F.68V CART
DATA DIST.	RECIFE PE 14.08.1996 >>
CPF	702.660.414-77

05.802.454/0001-41
 TRAZÃO CORRUPÇÃO
 DE ESCRITOS LTDA

19 ABR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP-50.060-010
 RECIFE-PE

SECRET





VALIDA EM

3.633.938

NOME

<< ALCIONE GOMES DA SILVA >>

FILIAÇÃO

<< ARNOBIO BATISTA DA SILVA >>

<< VALERIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

18/10/1979

DOE ORG

<< 074526 01

00052 212

0030290 72 OLINDA-PE

CPF

028.466.664-58

ELC/PASER: 1270888345-8

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

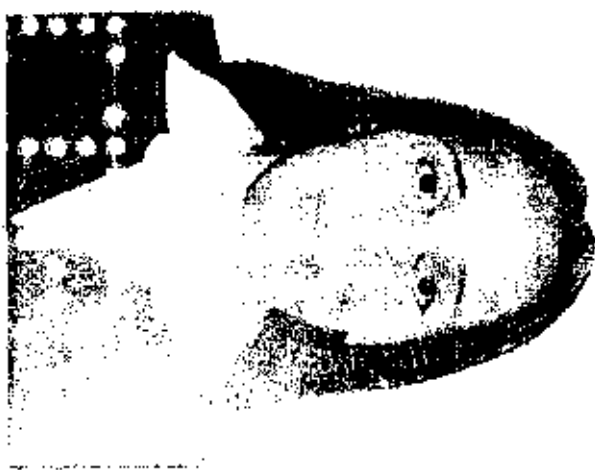
F-44 49.673 - 403

19 ASR. 2007

19 ASR. 2007

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO



Alcides de Sousa Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170224286 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA **Data do acidente:** 18/01/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE TORAX

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

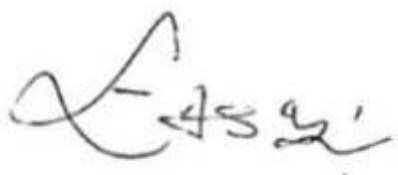
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170224286

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA

Data do acidente: 18/01/2017

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusões no joelho e antebraço esquerdos e fraturas dos 8º, 9º e 10º arcos costais.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame: não apresenta déficit de expansão torácica. Apresenta leve limitação de flexo-extensão de joelho esquerdo com queixa de dor.

Resultados terapêuticos: Vítima submetida ao tratamento conservador das lesões. Alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/05/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Antonio Henrique Moreira

CRM do médico: 2445

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: SIMONE CUNHA SANCHES

CRM do médico: 5271743-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Victor Lucas Barbosa de Souza
brasileiro (a), estado civil: Solteiro, profissão: Auxiliar Administrativo
portador(a) do RG nº.: 9665871, órgão expedidor: SDS, Inscrição (a)
no CPF sob o nº.: 702.660.414-77, residente na
Rua Dr. Salomão Carneiro da Cunha Nº 18 UR7 Vaízea
cidade: Recife, Estado: PE, CEP: 50970-350
telefone: 996486019 / 987571413 /
email: VíctorLucas555@gmail.com

OUTORGADA: ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, assistente jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938; com endereço profissional na Av. Gov. Carlos de Lima Cavalcante, nº. 3995, sala nº. 35, Galeria Luzi Center, Casa Caiada, Olinda/PE. CEP: 53.040-000.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

Recife, 07 de Abril de 2017.

Victor Lucas Barbosa de Souza

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de
VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA

Cartão Reg. 07/04/2017 16:38:05 Empl. RS 3.88 + TS/R 178 Total R\$ 4.06

Consulte a autenticidade em: pse.br/serdefat

Selo 0076489.NVN03201703 01628

ADRIELY GREICY DA CUNHA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA L42

558.02.000130001-82
TRABALHO CORRETORA
DE AUTENTICIDADE

19 ABR. 2017

Rua da Aurora, nº 175, SL 512 BL C
50970-350 - RECIFE - PE
0711-3333

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA** Sinistro: **3170224286** Data: **18/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Doutor Solano Carneiro da Cunha, 18 - Várzea - Recife - PE - CEP 50970-110**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds /PE**] **9665871**

Data local do exame: [**23/05/2017**] **Recife** [**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)
Contusões no joelho e antebraço esquerdos e fraturas dos 8º, 9º e 10º arcos costais. Ao exame: não apresenta déficit de expansão torácica. Apresenta leve limitação de flexo-extensão de joelho esquerdo com queixa de dor.

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Vítima submetida ao tratamento conservador das lesões. Alta médica.

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

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

Limitação funcional do joelho esquerdo

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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


Antonio Henrique Moreira - CRM 2445 - PE

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2017

Carta nº: 10891416

A/C: VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170224286 ASL-0153457/17
Vítima: VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA
Data Acidente: 18/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2017

Carta nº: 10891609

A/C: VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170224286 ASL-0153457/17
Vitima: VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA
Data Acidente: 18/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2017

Carta nº: 10983670

A/C: VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA

Sinistro: 3170224286 ASL-0153457/17
Vítima: VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA
Data Acidente: 18/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11067279

A/C: VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA

Sinistro: 3170224286 ASL-0153457/17
Vítima: VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA
Data Acidente: 18/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

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: VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000048

Conta: 0000057133-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

EU, VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA

PORTADOR(A) DO RG Nº 9.665.871 EXPEDIDO POR SDS/RE EM 02/03/2013 E

CPF 70266041477 /CNP) PROFISSÃO AUXILIAR ADMINISTRATIVO

E RENDA MENSAL DE R\$ 2.101 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA VILTON LUCAS BARBOSA DE SOUZA 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 aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO _____ 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.

Recife, 18 de Abril de 2017
LOCAL E DATA

Victor Lucas B. de Souza
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a 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



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



0014

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 estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, WILSON LUIZ BARBOSA DE SOUZA, EXERCIENDO POR PROPRIO EM 02/03/2008 POR 9.665.872 ANOS 00000000000000000000 FRACIONANDO EM 12 E PENSÃO MENSAL DE R\$ 2.542,11 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA WILSON LUIZ BARBOSA DE SOUZA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ANTERIORES PRESTADAS.

A Seguradora Líder nº 4437012, que trata da concessão à locação do domicílio - moradia, entende que todas as seguradoras são obrigadas a fornecer a todos os segurados o acesso ao sistema de pagamento de indenização. Este sistema deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre o profissional e as fontes de renda do segurado.

Para facilitar a programação de um pagamento, lembre-se que os documentos pessoais 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 Função;
- Conta empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME ou E (empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário não age sozinho;
- Conta tipo FIC, atenção para o fundo de previdência privada mensal;
- Conta tipo FIC, operação 073 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta poupança operação 073 da CEF aberta em Unidade Limitada com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, travada ou em proposta de investimento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento complementar dos dados bancários;
- CEF de repatriação não válido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como a CEF cadastrada no SINDIPVAT Seguros, que não é o mesmo da Caixa Econômica Federal);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com uso de máquina de cartão de crédito, cartão de débito, ou meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão de crédito ou de débito.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº DO BANCO

Nº DA AGÊNCIA (com dígito de controle)

Nº DA CONTA (com dígito de controle)

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
BOA VISTA

PARA CRÉDITO EM CONTA POUQUANÇA (SOMENTE BANCOS BRASILEIROS: ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº DO BANCO

Nº DA AGÊNCIA (com dígito de controle)

Nº DA CONTA (com dígito de controle)

BOA VISTA

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

RECIBO 18 de ABRIL de 2008
LOCAL E DATA

Wilson Luiz B. de Souza
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$11.500,00 em caso de morte por qualquer causa, conforme a 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 do trabalho com o segurado).

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0048 - ENCRUZILHADA, PE

DATA: 20/04/2017

HORA: 13:08:35

TERMINAL: 1002

NSU: 001220

AUT.: 0054

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM. DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0048/013/00.057.133-8

NOME: VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA

DEPOSITANTE:

0 //

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 MAIO 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

SAMU
192Secretaria da Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**DA Nº. 218.01.2017
EM: 10.02.2017

Atendendo ao requerimento da Sra. **SANDRA FELISMINA BARBOSA**, portadora do Documento de Identidade nº **4821124** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **002.199.524-92**, ~~que~~ de acordo com o **BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0104000424**, ~~em~~ **DETERMINAÇÃO DE POLÍCIA DA 14ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARZEA - DP14ªCIRC DINT/4-DEDET**, que no 18 de janeiro de 2017, o ~~portador~~ Sr. **VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA**, portador do Documento de Identidade nº **9668671** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **702.088.414-77**, foi atendido por ~~nosso~~ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 17h40, na Avenida Coxangá, Varzea, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital São Marcos; Recife, 10 de fevereiro de 2017.

Dr. Sérgio Parente Costa

Chefe de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano - Recife

Sérgio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente CostaChefe de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

19 FEB 2017

100-258003-10-1-5-REC-02-04-0
REC-02-04-0-10-1-5-REC-02-04-0
REC-02-04-0



RECIFE



DECLARAÇÃO

Local: **AV CAXANGÁ - VÁRZEA**

Data: **18/01/2017**

Hora: **17h40**

Veículo(s) de Placa(s): **PEF - 6653**
OYO - 4229

Natureza do Acidente: **Abalroamento**
Transversal

Vítima(s): **VICTOR LUCAS BARBOSA SOUZA**

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos, o registro de um acidente com vítima com os dados acima referidos, não podendo a CTTU emitir cópia do Registro Estatístico, tendo em vista que, em acidentes com vítima, a competência não é desta Companhia, sendo o registro realizado apenas para fins estatísticos.

Recife, 31 de janeiro de 2017

Celso Rodrigues
M. 868-8
RECIFE

Agostinho Jorge Maia de Sousa
Diretor de Trânsito

19000-000-000
UNIDADE COORDENADORA
DE SERVIÇOS CTTU

19 ABR. 2017

Rua Frei Cassimiro, 91 - Santo Amaro - Recife-PE - CEP: 50100-260
CNPJ/MF-10.846.103/0001-20 - Fone: (81)3232.5300 - Fax (81)3232.5328
Email: cttu@recife.pe.gov.br

CTTU
AUTENTICAÇÃO PELO CTTU/GPC
Ass. Resp. M. 868-8

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000057133-8

Nr. da Autenticação 735BF1EDDE75E9B3

15/10/2016
119.12

Nome: **RAI MANOEL BERNARDES FIDUCIÁRIO MADALENA**, 5576-350 - RECIFE/PE
 Endereço: **Av. Manoel de Medeiros, 100 - J. 2** - Recife/PE
 Telefone: **(081) 3331111**
 Estado: **PE** - País: **BRA**

HELIUM
 VALOR (R)
 THE STAFF OF THE TECHNICAL
 PLANNING COMMISSION, SERVICE MESSIAH
 INTEREST

TOTAL GENERAL AVERAGE 06.3

[illegible]

05.802.434/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE RECURSOS LTDA
2017

19 APR. 2017

19 ABR. 2011
Rua da Aurora, nº 175, SL 902, BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)
Telefonia fixa e internet: 103 15.
Para TV por assinatura: 106 15.
Pessoas com necessidades especiais de fala/audição: 142.
Para saber qual a loja mais perto de você ligue 102 ou acesse www.vivo.com.br

deixando para você

Participe do Conselho de Usuários da Viro. Mais informações: www.viro.com.br/conseilhosdeusuarios. Confira: 02-9470-6 nos nossos canais de atendimento foram alterados de 10325 para 10315 e 10025 para 10645.

[illegible]

— Gravimetric Analysis —

2000-2001

Nome do Cliente
ALCIONE GOMES DA SILVA

Sr. CATH. LEON: Não tenho nenhuma dúvida.

Código do cliente

Código para Cadastro em
de Datas Automático

Number of Folios

Data de Vencimento

Value in Paper (INR)

8900 9593 8181

R00095938151-3

0373010432-0


15/10/2016

119.12

844870000001 7 12120082089 9 09091381810 D 37301043295 6



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0153457/17

Vítima: VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA

CPF: 702.660.414-77

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/01/2017

Titular do CPF: VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

ALCIONE GOMES DA SILVA : 028.466.664-58

Comprovante de residência

VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA : 702.660.414-77

Autorização de pagamento

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 04/05/2017

Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA

CPF : 028.466.664-58

ALCIONE GOMES DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 04/05/2017

Nome: Jose Soares da Silva Filho

CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho

DECLARAÇÃO

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

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 de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 ALCIONE GOMES DA SILVA, portador(a) do RG nº 5.633.938, expedido por 3951 RE em 28/10/2013, CPF/CNPJ nº 028.466.664-58, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) VICTOR LUCAS BARROSA DE SOUZA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima VICTOR LUCAS BARROSA DE SOUZA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas: Profissão: ASSISTENTE SOCIAL Renda Mensal: R\$ RECUSA-ME

Documentos comprobatórios: RECUSA-ME

Alcione Gomes da Silva

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

SUBSTITUIÇÃO
TÍTULO CURRÍCULO
DESCRIÇÃO DO LOTA

19 ABR 2017

Car. da Autor. nº 175, SL 502 BL. C
Car. da Autor. nº 175, SL 502 BL. C
REC-445