

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Sondra 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 Corix, 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: 0Y04229

Chassi: 9C2KD0540ER043010

Data do Acidente: 18/01/2014

Local e Data: encontro da upa na Av. caxangá (varzea)

Comarca: 04/04/2017



Sondra Felismina Barbosa

Assinatura do Declarante



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

SABDRA FELISMINA

VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA

Camaragibe 07/04/2017 - 16:35:49 Emol. R\$ 7,78 + ISNR 1,56 Total R\$9,32

Consulte a autenticidade em siai.brasildigital.gov.br

Selo: 0070489 DEF0320170301523 e 0070489-ONK0329170301524

ADRIELY GREICY DA CUNHA SILVA - ESCREVENTE AUTORIZADA 042

0070489-01524-43
SIAI - SISTEMA DE AUTENTICAÇÃO
DE DOCUMENTOS
www.siai.brasildigital.gov.br

19 ABR 2017

0070489-01524-43
SIAI - SISTEMA DE AUTENTICAÇÃO
DE DOCUMENTOS
www.siai.brasildigital.gov.br

Acclados

ECG ICR TC _____ RMN _____ Radiographe _____ GPS _____

Blog: [www.g](#)

Gasometria

RMN

Redlogrele

1142

Bloqueador

Coagulogram

Los exámenes solicitados

horatio realization

horário realização: horário realização: horário realização:

horario realização
horario realização
horario realização
horario realização

Medicação Via APRAZAMENTO Técnico

4) *Left. 25 September*

7 7773 773.238673

12. Euler's formula for a polyhedron

11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100

4) Deutsche O. auf 1100 m SFG 94/6 3) 1100 4) 1100 5) 1100

Deer Creek Atchison

| |
|---------|
| 1001-43 |
| 1001-43 |

— Margaret Fisher
— California Ger
CRM-EP-1600

Rec. 8/27/1961
Fecit H. T. F. 1961

Reavaliações

THORA:

HORA: 23:00 - Tornantes sono due nei momenti
per Gittane 393, 44% DR=6,5m
Misure urante.

HORA: 14h -> cinco de setenta primaveras, nessas das depressões bárticas, fazem de 5 a 10° de variações, sem deslocamentos. (Dr. Hugo Verge) que descreve a seguinte bártica com baixa altitude, se que não se desloca, só muda as estrias, alterando respirações / setores / e o exame.

HORA: 10:00 Horario de atención lunes a viernes
10:00 a 12:00 lunes a viernes
10:00 a 12:00 lunes a viernes

10

Alta Thorntailing

~~Qui Tamila Alcolofato
Gruppo Versilia
CRM 152/2011~~

Anotações de enfermagem

Die Wiederholung der sozialen Stellung und sozialen Position einer Person ist sozialer Reinforcement.

Cecilia Muñoz Perea
Tec. Enfermera
COREN - P.E. 03-4519

Diagnóstico final do serviço de emergência

1- Trametes betulina

2. _____ CID 10: _____

Horário de Conclusão do atendimento **h**

Destino do paciente

Destino do paciente

Alta hospitalar Alta a pedido Evasão Óbilo Transferência

Internamento UTI Apartamento

Encaminhamento a outra especialidade

Atestado Dias: 07

Declaração

19 AGO. 2017

2021-07-27 13:30:16.6

Digitized by srujanika@gmail.com

卷之三

Ura Canina Alcoólico
Cirugía Vascular
CRM: 15641

Médico responsável pela conclusão do atendimento (assinatura e carimbo)

icação de internamento: () UTI () UNI () Transferência para outro serviço Local: _____

SCALA DE DETERIORIZAÇÃO CLÍNICA – MEWS

| | | MONITORAMENTOS | | | | | | |
|-----------|-------|----------------|--|--|--|--|--|--|
| Data | | | | | | | | |
| Hora | | | | | | | | |
| FR | Valor | | | | | | | |
| | Score | | | | | | | |
| PA | Valor | | | | | | | |
| | Score | | | | | | | |
| FC | Valor | | | | | | | |
| | Score | | | | | | | |
| TEMP°C | Valor | | | | | | | |
| | Score | | | | | | | |
| SNC | Valor | | | | | | | |
| | Score | | | | | | | |
| Total EWS | | | | | | | | |

OBS: ATENÇÃO PARA OS SINAIS DE SEPSE

Taquicardia (FC > 90)

Hiperglicemias > 150mg, percentagem em paciente não diabético

Temperatura < 36°C ou > 38°C

Redução do nível de consciência

Taquipneia (FR > 20 ipm)

Hipotensão arterial (PAS ≤ 90mmHg)

| Score de Alerta Precoce MEWS | | | | | | | |
|------------------------------|------|---------|------------------------------|-------------|-----------|-----------|-------|
| | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| FR | | ≤ 8 | | 9 - 18 | 19 - 25 | 26 - 29 | ≥ 30 |
| PAS | ≤ 70 | 71 - 80 | 81 - 100 | 101 - 179 | | 180 - 199 | ≥ 200 |
| FC | | ≤ 40 | 41 - 60 | 51 - 100 | 101 - 110 | 111 - 129 | ≥ 130 |
| TEMP°C | | ≤ 35 | 35,1 - 36 | 36,1 - 37,9 | 38 - 38,9 | ≥ 39 | |
| SNC | | | Agitado/ Confuso (Inaugural) | A | V | D | S |

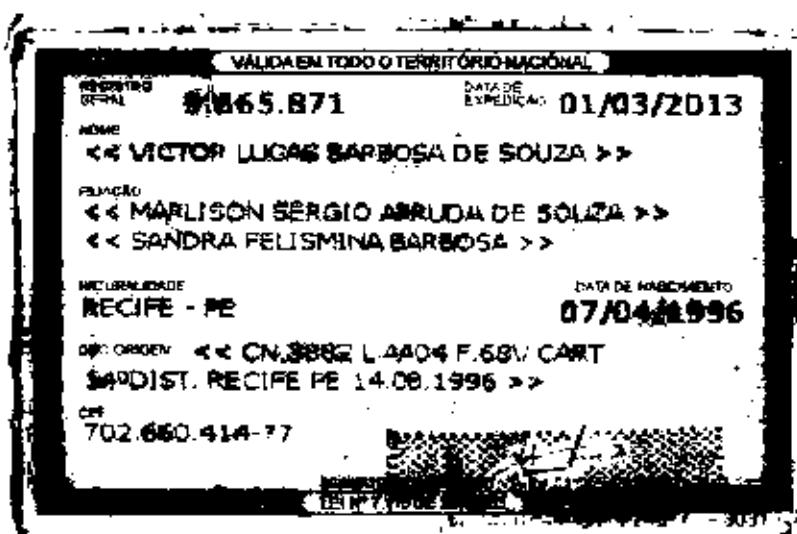
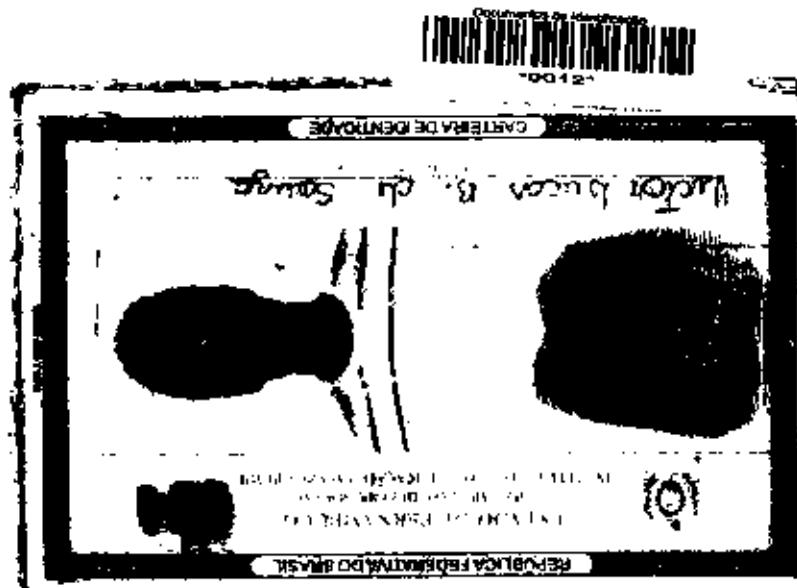
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- Síndrome do Idoso frágil Risco de TEV Broncoaspiração Risco de Queda
 Risco de UPP Dor aguda Desequilíbrio eletrolítico Medicamento de alto risco
 Outros:

PRESCRIÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

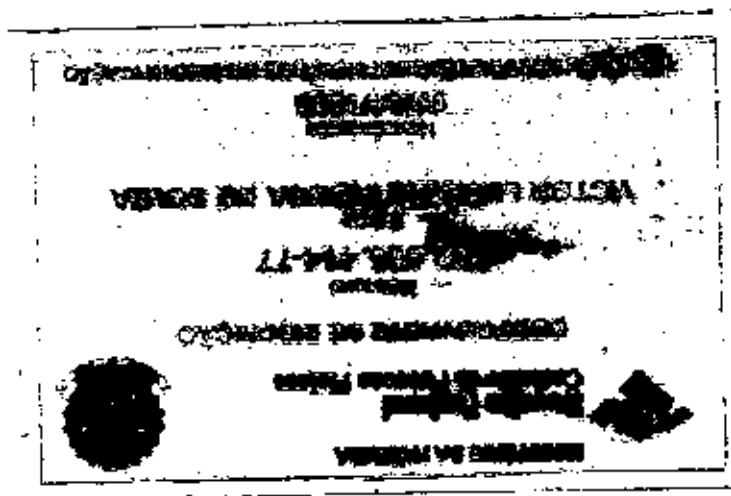
Assinatura e carimbo do enfermeiro (a): _____



05.802.454/0001-41
LEIAÇÃO COOPERATIVA
DE SERVIÇOS LTDA

19 ABR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, 5º 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.660-010
PE, BRASIL



A standard linear barcode is located in the bottom right corner of the page. It consists of vertical black lines of varying widths on a white background. The barcode is oriented vertically and is used for document tracking.

VALIDATION

5,633,938

卷之三

««ALCIONE GOMES DA SILVA»»

卷之三

«**ARNOBIO BATISTA DA SILVA**»

«**VALÉRIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES**»

NATURAL LOADS

DATA DE NASCIMENTO

RECIPE - DE

18/10/1979

ECCLESIASTES

46 074526 0

200052212

0030290 72 OLINEA,PE

1887

Assinatura do(a) Retor(a) - Presidente - Vice

LEI N° 7116 DE 29/08/83

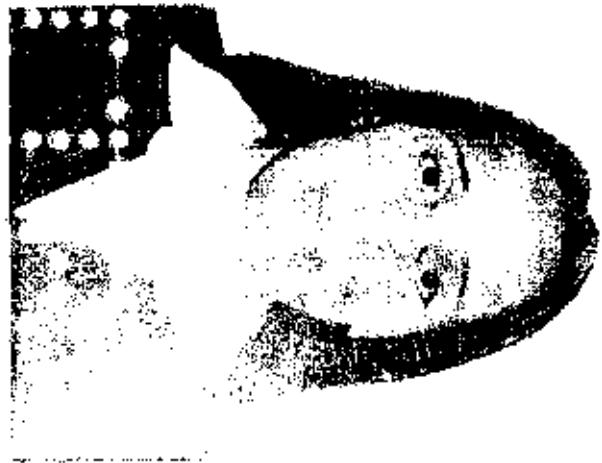
مکانیزم
کارکرد

19 ASSR. 230

202-03-500764, M-170, S-302 9L C
202-03-500764, L-170, S-302 9L C
202-03-500764, L-170, S-302 9L C

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ



Nome: *Edson Sátila*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

101007

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

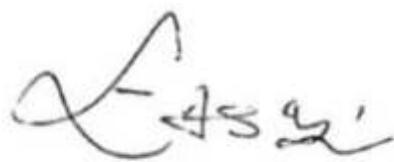
VISÃO MÉDICA LTDA

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 Ao exame: não apresenta déficit de expansão torácica. Apresenta leve limitação de flexo-extensão de joelho esquerdo
médico pericial: 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: 9665.871, órgão expedidor: SDS, inscrito (a) no CPF sob o nº: 702.660.414-77, residente na Rua Dr. Solano Carneiro da Cunha nº 18 Urubá, cidade: Recife, Estado: PE, CEP: 50970-350, telefone: 99648.6019 / 9857.1413 /, email: VictorLucas555@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.

028.466.664-58001-62
TRÍLOGO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 ABR. 2017

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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

Carteira nº 07/04/2017 - 638 C5 Emol. R\$ 3,00 + TSI/R\$ 0,70 - Total R\$ 3,70

Consulte a autenticidade em <http://siai.dpf.gov.br/seadigital>

Selo 0076489.NVN03201703 01628

ADRIELY GREICY DA CUNHA S. LVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA L42

**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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
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

% 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

Vitima: 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2017

Carta n°: 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 inicio 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 n°: 11067279

A/C: VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA

Sinistro: 3170224286 ASL-0153457/17
Vitima: 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%

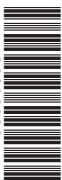
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, VICTOR LUCAS RAMOS 75 SOUZA

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
 - Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro, empresa) ou MEI
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
 - Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta, bem como documento comprobatório dos dados bancários);
 - CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no 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 da CONTA (com dígitos, se existir)

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

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígitos, se existir) Nº da CONTA (com dígitos, 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 DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO OQUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

RECEIVED - 18 DECEMBER

LOCAL F DATA

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 SERVIDOR

400147

Nº 00.516.5780

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados de beneficiário da indenização do Seguro CPVAT, assim com dados de terceiros, que estejam envolvidos no acidente. Recomenda-se o preenchimento em letra de tinta e, sempre que possível, com data e assinatura do beneficiário da indenização no final.

REPRESENTANTE DO BEN. 9 865.874. EXECUÇÃO POR 3.921.926 EM 02/03/2018.
O DIA 09/03/2018, O (43473) NOME (REDAZINHO), PROFISSIONAL (LAWYER),
E PESSOALMENTE, DE RA. 7.505, 11 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VENCIMENTO REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOSO DO
SEGURADO (PIS/PASEP DA VITIMA VÍCIMAS VERSO 13/03/2018) DE IMPAUTORIZO A SEGURADORA LIBER DOS CONSORCIOS DO SEGURO
DEIXADA A EFETUAR O CREDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ANTES PRESTADAS.

1) O Decreto Decreto nº 4557/01, que trata da concessão à União da autorização para a exploração e utilização que todas as seguintes, que abrigadas à

Quando se analisa a evolução das decisões administrativas não designadas, de forma alguma, em representação

- Conta sólida é sua beneficiária - nos documentos apresentam termos da CNISS ou PROTEÇÃO SOCIAL da filial ou fundação;
 - Conta proprietária - nos documentos aparecem termos equivalentes: CNPQ ou MS; MS (mig) Empresarial LTDA;
 - Conta corrente gerida a beneficiária/firmada por todos;
 - Conta Bacia P. A.R.A., atenção para o ponto de maior risco financeiro (investimento);
 - Conta tipo F.A.C.I. operação 073 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta PONTO DE RISCO operação 073 da CEF aberto em Unidade Localizada com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
 - Conta beneficiária, tratava-se em proposta financeira momento revogou-se a aceitação de proposta de abertura da conta com o documento complementar dos riscos financeiros;
 - CEF da beneficiária/vítima inválida ou pendente de regularização ou cancelada recentemente e consulto ao site da RECSIA (FEDERAT) para verificar se a vaga está disponível, bem como o CEF cadastrado no SISIPRESF Sistema, que não é o mesmo da vaga aberta na RECSIA;
 - Contas não pertencentes à vítima/beneficiárias.

IMPORTANTE: Tais documentos não devem ser apresentados aos membros que compõem os clubes benéficos com o intuito de obter vantagens financeiras, nem tampouco devem ser utilizados para fins de extorsão, haja vista que informam a movimentação financeira da conta da expedição de certidão de nascimento de crianças de segurança.

PARA CINTADO EM CONTINUAÇÃO (TODOS OS SANGUE
NOS DA BANDEIRA) — NÃO EXISTE NADA DIGITAL NO MUNDO

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010

PARA CREDITOS DA CORTE FEDERATIVA (SOMENTE BANCO SANTIS, BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERATIVA)
Nº do BANCO 104 N.º DA AGÊNCIA (sem digito, se possível) 0048 N.º DA CONTA (com digito, se possível) 57.137-8

ESCLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCITAS, RETIRANDO O RECLAMANTE E SUA COMO CUSTAS O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

86966 38.00 1984.00 2017
1984.00

Verßen Lucca R. de Souza

• ఆంధ్రప్రదీపం కెంపెస్ (ఐఐఎస్)



ATENÇÃO

foi sempre garantida a inserção de R\$11.520,00 em caso de morte previdenciária e de pensão vitalícia garantida, bem como a

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0048 - ENCRUZILHADA, PE

DATA: 26/04/2017

HORA: 13:08:35

TERMINAL: 1002 NSU: 001220

AUT.: 0054

COMPROVANTE DE DEPÓSITO
NUM. DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0048/013/00.052.133-8

NOME: VICTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA

DEPOSITANTE:

0 //

05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 MAIO 2017
Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-030
www.tracao.com.br



ଶବ୍ଦବିଜ୍ଞାନ ପରିଚୟ



SAMPLE
192

Secretaria de Saúde
Serviço de Atenção à Saúde de Ilheus

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 **002.199.524-93**, que se encontra na condição de **ACORDO** com o **BOLHEMUS DE OCORRÊNCIA N° 17E01942000122**, da **DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DA 164ª CIRUNSCRIÇÃO – VÁRZEA – DP 14º CIRCO DTM/4º DEPARTAMENTO**, que no dia 18 de janeiro de 2017, o pedente Sr. **VIKTOR LUCAS BARBOSA DE SOUZA**, portador do Documento de Identidade nº **9662871** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **702.198.414-77**, 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 Caxangá, Várzea, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital São Marcos.

Dr. Sérgio Parente Costa

• Gerente de Informações e Avaliação SANTOS, Pedro Júnior - Escola

Section One

Dr. Sérgio Pereira Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMHI Metropolitano - Rio de Janeiro

19 APR. 2274

100-25810-3 0-1 542523-6
100-25810-4 0-1 542523-7
100-25810-5 0-1 542523-8

DECLARAÇÃO

Local: AV CAXANGÁ - VÁRZEA

Data: 18/01/2017

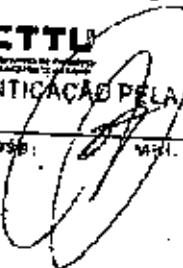
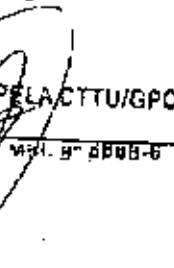
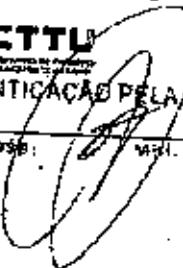
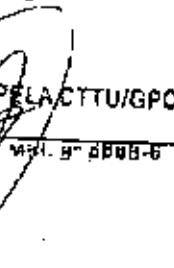
Hora: 17h40

Veículo(s) de Placa(s): PEF - 6653
OYO - 4229Natureza do Acidente: Abalroamento
Transversal

Vítima(s): VICTOR LUCAS BARBOSA SOUZA

Declarámos 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. 6653-6
CTTU/RecifeAgostinho Jorge Maia de Sousa
Diretor de TrânsitoRECIFE
RECIFE
RECIFE
RECIFE19 ABR. 2017
RUA DA 40/53, 17 1.5.52528-0
RECIFE
RECIFECTTU
AUTENTICAÇÃO PELA CTTU/GPC
Ass. Recife: 
Ass. Recife: 
Ass. Recife: 
Ass. Recife: 

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: 00000057133-8

Nr. da Autenticação 735BF1EDDE75E9B3



COMPONENTS



କୋର୍ଟାସ୍ତର ବିଷୟରେ

Telefônica Brasil S.A.
Av. Engenheiro José Guedes, 5555
RJ-20000-000
Cidade das Artes
021-50700000, 021-50700001
021-50700002, 021-50700003
021-50700004, 021-50700005
021-50700006, 021-50700007

Nome: ALEXANDRE DOMINGOS DA SILVA
Endereço: RUA MARQUES DE BRAGANCA, 1160 - CEP 03850-000 - CIDADE: SÃO PAULO - ESTADO: SÃO PAULO - CEP: 03850-000 - TELEFONE: (11) 3080-0000
Número do telefone: 3080-0000 - DDD: 11 - Dígito de acesso: 0000
Número de telefone: 3080-0000 - Tipo de cliente: Residencial - Bairro: Vila Madalena - Distrito: Vila Madalena - Estado: São Paulo - País: Brasil

15/10/2016
119,12

Descriptive Data Tables

| ITEM | VALOR (R\$) |
|--|-------------|
| PRESTADORA TELESPONICA | |
| Plano Controleza / Serviços Móveis | |
| Informes | |
| - Consulta Atualizada Recurso P. Móveis, 001 | 10,00 |
| Seleções | |
| - Da Consulta Recurso - Atualizada P. Móveis, 0000 | 20,00 |
| - Da Consulta Recurso - Atualizada P. Móveis, 0001 | 10,00 |
| Total | 112,00 |
| Transportes | |
| - Transporte de Recurso - 0000 | 10,00 |
| - Transporte de Recurso - 0001 | 10,00 |
| Total | 20,00 |
| TOTAL GERAL A PAGAR | 192,00 |

Histograma de consumo

| Tabela 1: Descrição das variáveis | | | |
|-----------------------------------|------|----------|---------|
| Nome da variável | Área | Variação | Unidade |
| Área de vegetação | Área | % | 100% |
| Área de vegetação | Área | % | 100% |
| Área de vegetação | Área | % | 100% |
| Área de vegetação | Área | % | 100% |

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

05.592.494/1001-4
TRAL/0 CORRETORA
DESEQUIPOSETE

刀4 11610 2317

Rua da Aurora, Nº 175, SC 902 BL C

Boa Vista - CEP: 59.060-010

PRINT NO.

“Khanda 36” Recount

1100

ALFONSE GOMES DA SILVA

Conselho de Desenvolvimento
do Distrito Federal

25. *Carica divisa* (cabo apertus) *Carica divisa* (cabo apertus)

ପାଞ୍ଚାଶ୍ରମ ପୋର୍ଟାଲ୍ସ୍ୟାନ୍ଡର୍ମାର୍କ୍

Valor & Poder (Rev.)

15102018

15/10/2016



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Concessões 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: 194.764.344-99

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/RC, em 28/10/2013, CPF/CNPJ nº 028.466.664-58, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Victor Lucas Banguza que sou da sinistro de DPVAT da natureza VALIOSE da vítima Victor Lucas Banguza que sou ja, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:
Profissão: Assist. Jurídica Renda Mensal: R\$ RECEVA - mês

Documentos comprobatórios: RECEVA - mês RECEVA - mês
Alcione Gomes da Silva

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

19 ABR. 2017
148 Jardim 13175-51502 BL C
031-000-112-50.000-017
000-000-000-000-000