

ANEXO1:

Registro Civil, CPF, Dados Bancários da
Indenização do Seguro DPVAT e Endereço do
requerente.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
1421186791

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421186791

DF ACAR

PERNAMBUCO

Nome: LUCAS ANTONIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 9218811 SDS PE

CPF: 120.658.174-37 DATA NASCIMENTO: 24/05/1997

FILIAÇÃO: ELIAS ANTONIO DA SILVA
MARTA PEREIRA DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB. A/B

Nº REGISTRO: 06549095791 VALIDADE: 24/10/2020 1ª HABILITAÇÃO: 21/01/2016

OBSERVAÇÕES

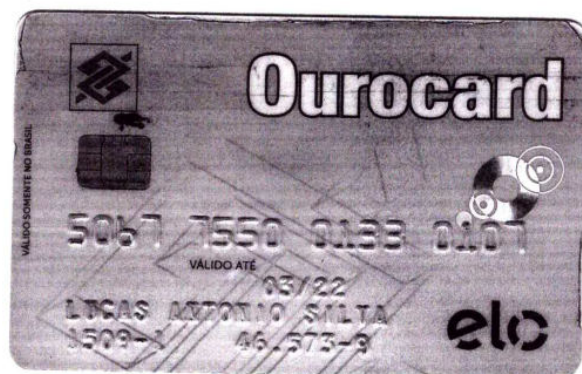
Assinatura do Portador: Lucas Antonio da Silva

LOCAL: RECIFE - PE DATA EMISSÃO: 06/02/2017

Assinatura do Emissor: Charles Andrews Souza Albeiro
Diretor Presidente 66744866310
PE077555945

[Assinatura]
Dra. Liliame Amara Janguie
OAB/PE 38.005






Dra. Liliane Amaral Janguie
OAB/PE 35.005



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Lucas Antonio da Silva,
RG nº 9.218-811, data de expedição ____/____/____,
Órgão SDS-PE, CPF nº 120.658.174-37,
venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

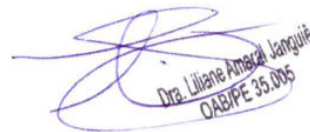
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Baturité</u>
Número	<u>414</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Progeres</u>
Cidade	<u>Falécitão dos Guararapes</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>54.325 - 210</u>
Tel. de contato	<u>81-98109-1997</u>
E-mail	<u>lucas.silva4764@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Recife, 17 de Dezembro de 2019

Lucas Antonio da Silva

Assinatura do Declarante


Dra. Liliene Amaral Janguie
OAB/PE 35.005



Caro cliente, pensando na sua praticidade e comodidade, a partir de agora o regulamento e sumário executivo do seu Cartão BradesCard estarão disponíveis no site www.bradescard.com.br

LUCAS,

Você acaba de receber o seu Cartão C&A!

Um cartão para você usar na C&A e em milhares de estabelecimentos no Brasil e no mundo, com dois limites diferentes: um para saques e outro para compras, assim você se organiza e aproveita muito mais!

514087
LUCAS A SILVA
RUA BATURITE, 414
GUARARAPES 00012036
54325210 JABOATAO DOS GUARARA - PE
DQ563859298BR



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/2002
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista. Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.ceipe.com.br

MARTA FERREIRA DA SILVA
MC10075F04

KUM SATUKITE 414

DPF 090 775 864-48 NIS 20065756325

GUARARAPES/PAZARZES:
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54335-210

BI RESIDENCIAL
BAIXA RENDIDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
061293487	11111111	09/05/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12015/2019	2010135340	1605601

CONTA CORRENTE	MÊS/ANO
7000408950	05/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
23/05/2019	07/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	161,72

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água até 30 kWh	51,0000000	0,2010000	10,2510
Consumo Água superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,2410000	16,9200
Consumo Água superior a 100 até 170 kWh	120,0000000	0,3010000	36,0000
Consumo Água superior a 170 kWh	21,0000000	0,4110000	8,6310
Resumo Bandeira AMARELA -			0
Contrib. Imp. Pólvora Municipal			15
TMS_Subsídio Bando Pardo			1

TOTAL DA FATUEGA

161.72

MONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
216212029	4-1	04/04/2019	5.243,00	05/05/2019	5.244,00	31	1 unidade		250,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Setor	Valor (kWh)	Porcentagem (%)
Transmissão	47,68	32,06%
Distribuição (Cajipe)	5,36	3,71%
Perdas de Energia	32,55	22,51%
Encargos Setoriais	10,25	7,09%
Tributos	3,15	2,13%
Total	144,58	100%

INFORMAÇÕES DO TRIBUTO

Base de Cálculo	%	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh	6,14	144,58
Consumo entre 30 e 100 kWh	1,16	144,58
Consumo entre 100 e 220 kWh	5,37	144,58
Consumo entre 220 e 400 kWh	7,76	144,58

PARÂMETROS APLICADOS

- Consumo mínimo 30 kWh
- Consumo mínimo superior a 30 até 100 kWh
- Consumo mínimo superior a 100 até 220 kWh
- Consumo mínimo superior a 220 kWh

Consumo Elétrico em 2015

Unidade	Consumo (kWh)
MAI-15	25,1
ABR-15	27,9
MAR-15	24,6
FEB-15	17,4
JAN-15	14,4
DEZ-15	39,2
NOV-15	23,7
OCT-15	2,5
SET-15	22,4
AUG-15	33,8
JUL-15	20,1
JUN-15	25,9
Mai-15	22,2

ACQ 30 1FA2 BORGAC 742E 3452 65FC 303E

[illegible]

Não existem dados de 2010 e anos anteriores. Esta decisão substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quotas das faturas anuais mensais (Art. 4º da 12.007/09). Esta declaração não abrange débitos e parcelamentos contínuos e se divide em rubricas em discussões judiciais que poderão ser cobradas após o fim do processo, sendo:

CAPAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMEDIÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONJUNTO	VALOR ¹⁹ APURADO	LIMITE MENOR ²⁰	LIMITE TRIMESTRAL ²⁰	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
				0,00		MÍNIMO	MÁXIMO
				0,00			



ANEXO2:

Procuração "ad-judicia et extra" para Advogada
Dra. Liliane Amaral Janguê Bezerra Diniz,
Carteira da OAB .



PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA ET EXTRA"

Por este instrumento particular de procuração e na melhor forma de direito, Sr. Lucas Antonio da Silva, brasileiro, solteiro, Técnico Administrativo, inscrito no CPF sob o nº 120.658.174-37 e RG nº 9218811 SDS/PE, residente e domiciliado à Rua Baturité, 414, CEP 54.325-210, Prazeres, Jaboatão dos Guararapes, no Estado de PE, nomeia e constitui seu bastante procurador, a Dra. Liliane Amaral Janguie Bezerra Diniz, pessoa física, inscrita na OAB/PE sob o n.º 35.005, inscrita no CPF: 058.823944-57, com sede na Rua Antônio Rabelo, n.º 245, apto. 1502; Bairro da Madalena, CEP: 50610-110, na cidade de Recife/P., onde recebe intimações, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal e praticar todos atos administrativos ou judiciais perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas ou públicas, que se fizerem necessárias na movimentação e conclusão dos processos e complementos do Seguro Dpvat e que todos os atos sejam inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, transigir, preencher e assinar formulários de autorização de pagamento referentes ao Seguro Dpvat, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora e recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, inclusive em processos administrativos. Sendo o presente instrumento de mandato, oneroso e contratual, podendo substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, dando tudo por bom, firme e valioso. Com fim específico para defender os interesses do contratante em Processos Administrativos e ações judiciais contra Segurado Líder - DPVAT, e seus representantes e a fim de buscar valores indenizatórios relativos ao seguro obrigatório DPVAT.

Recife, 17 de Dezembro de 2019.

Lucas Antonio da Silva

Assinatura do Outorgante.
Sr. Lucas Antônio da Silva
CPF 120.658.174-37

Liliane Amaral Janguie Bezerra Diniz
Assinatura da Outorgada
Liliane Amaral Janguie Bezerra Diniz
OAB/PE nº35.005





Dra. Liliâne Amaral Janguie
OAB/PE 35.005

Scanned with CamScanner



ANEXO 3:

Certificado de Registro de Licenciamento de Veículos, Bilhete de Seguro DPVT- Quitado, Declaração do Proprietário do veículo e o Termo de Declaração e quitação do pagamento do Seguro DPVAT.





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETTRAN - PE Nº 014807353779	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VIA	1	1167861261	2019
LUCAS ANTONIO DA SILVA		LUCAS ANTONIO DA SILVA	
JAB GUARARAPES-PE		JAB GUARARAPES-PE	
PLACA ANT. UF	120.658.174-37	CPF/CNPJ	05/06/19
CHASSI	9C63EB510K021408	DATA EMISSÃO	0
ESPECIE TIPO	GASOLINA	PLACA	PDG3500
MARCA / MODELO	YAMAHA / NEO 125	RENAVAM	1167861261
CAP / POT / CIL	2P / 125CL	MARCA / MODELO	YAMAHA / NEO 125
CATEGORIA	PARTIC	ANO FAB	2018
COR PREDOMINANTE	CINZA	ANO FAB	2018
VENÇ. COTA ÚNICA	1ª *****	DATA EMISSÃO	05/06/19
1ª *****	2ª *****	PLACA	PDG3500
2ª *****	3ª *****	RENAVAM	1167861261
3ª *****	PREMIO TOTAL (R\$)	MARCA / MODELO	YAMAHA / NEO 125
PREMIO TARIFÁRIO (R\$)	80.11	ANO FAB	2018
IOF (R\$)	0.32	ANO FAB	2018
PREMIO TOTAL (R\$)	80.43	DATA EMISSÃO	05/06/19
OBSERVAÇÕES	AL. FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRA	PLACA	PDG3500
JAB GUARARAPES	05/06/19	RENAVAM	1167861261
ROBERTO CARLOS MORAES FERRAZ	05/06/19	MARCA / MODELO	YAMAHA / NEO 125
DIRETOR FISCAL	05/06/19	ANO FAB	2018
EXERCÍCIO	05/06/19	ANO FAB	2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 09.248.608/0001-04	
PREMIO TARIFÁRIO	36.05
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	36.37
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	36.69
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	37.01
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	37.33
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	37.65
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	37.97
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	38.29
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	38.61
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	38.93
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	39.25
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	39.57
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	39.89
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	40.21
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	40.53
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	40.85
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	41.17
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	41.49
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	41.81
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	42.13
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	42.45
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	42.77
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	43.09
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	43.41
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	43.73
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	44.05
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	44.37
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	44.69
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	45.01
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	45.33
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	45.65
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	45.97
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	46.29
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	46.61
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	46.93
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	47.25
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	47.57
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	47.89
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	48.21
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	48.53
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	48.85
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	49.17
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	49.49
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	49.81
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	50.13
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	50.45
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	50.77
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	51.09
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	51.41
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	51.73
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	52.05
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	52.37
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	52.69
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	53.01
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	53.33
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	53.65
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	53.97
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	54.29
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	54.61
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	54.93
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	55.25
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	55.57
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	55.89
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	56.21
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	56.53
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	56.85
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	57.17
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	57.49
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	57.81
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	58.13
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	58.45
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	58.77
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	59.09
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	59.41
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	59.73
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	60.05
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	60.37
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	60.69
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	61.01
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	61.33
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	61.65
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	61.97
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	62.29
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	62.61
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	62.93
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	63.25
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	63.57
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	63.89
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	64.21
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	64.53
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	64.85
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	65.17
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	65.49
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	65.81
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	66.13
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	66.45
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	66.77
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	67.09
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	67.41
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	67.73
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	68.05
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	68.37
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	68.69
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	69.01
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	69.33
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	69.65
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	69.97
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	70.29
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	70.61
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	70.93
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	71.25
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	71.57
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	71.89
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	72.21
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	72.53
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	72.85
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	73.17
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	73.49
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	73.81
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	74.13
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	74.45
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	74.77
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	75.09
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	75.41
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	75.73
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	76.05
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	76.37
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	76.69
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	77.01
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	77.33
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	77.65
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	77.97
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	78.29
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	78.61
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	78.93
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	79.25
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	79.57
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	79.89
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	80.21
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	80.53
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	80.85
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	81.17
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	81.49
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	81.81
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	82.13
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	82.45
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	82.77
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	83.09
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	83.41
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	83.73
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	84.05
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	84.37
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	84.69
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	85.01
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	85.33
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	85.65
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	85.97
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	86.29
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	86.61
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	86.93
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	87.25
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	87.57
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	87.89
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	88.21
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	88.53
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	88.85
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	89.17
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	89.49
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	89.81
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	90.13
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	90.45
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	90.77
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	91.09
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	91.41
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	91.73
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	92.05
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	92.37
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	92.69
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	93.01
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	93.33
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	93.65
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	93.97
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	94.29
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	94.61
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	94.93
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	95.25
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	95.57
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	95.89
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	96.21
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	96.53
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	96.85
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	97.17
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	97.49
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	97.81
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	98.13
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	98.45
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	98.77
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	99.09
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	99.41
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	99.73
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	100.05
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	100.37
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	100.69
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	101.01
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	101.33
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	101.65
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	101.97
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	102.29
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	102.61
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	102.93
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	103.25
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	103.57
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	103.89
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	104.21
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	104.53
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	104.85
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	105.17
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	105.49
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	105.81
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	106.13
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	106.45
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	106.77
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	107.09
IOF (R\$)	0.32
PREMIO TOTAL (R\$)	107.41
IOF	

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Luqueas Antonio da Silva

RG nº 9.218.811, data de expedição / / ,

Órgão SDS - PE, portador do CPF nº 120.658.174-37,

com domicílio na cidade de Jaboatão dos Guararapes, no Estado de

Pernambuco - PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Iraty, nº 414,

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

Luqueas Antonio da Silva, cujo o condutor era

Veículo: MOTO Modelo: YAMAHA / NEO 125 Ano: 2018

Placa: PDG-3500 Chassi: 9E63EB510K0021408

Data do Acidente: 19/05/2019

Local e Data: Rua 13 de Dezembro de 2019.

Assinatura do Declarante

Luqueas Antonio da Silva

Assinatura do Condutor

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



TERMO DE DECLARAÇÃO E QUITAÇÃO

Na qualidade de beneficiário(a) do Seguro DPVAT, Lucas Antonio da S., inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 120.658.174-37, portador(a) da carteira de identidade no 9288811, domiciliado(a) na cidade de FAB. DOS GUARÁ onde resido na(o) RUA BATUQUE, declaro e reconheço que as despesas médicas e suplementares (DAMS) incorridas no Hospital DOM HELDER, em virtude de atendimento prestado por força do acidente de trânsito havido em 19/09/19, envolvendo o veículo de placa no PDG-3500, foram integralmente quitadas por Lucas Antonio da Silva, proprietário(a) do veículo envolvido no acidente de trânsito e responsável pelo pagamento do prêmio do seguro DPVAT.

Dou, assim, plena, rasa, geral e irrevogável quitação ao proprietário(a) do veículo no que diz respeito ao pagamento das despesas médicas e suplementares (DAMS) relativas ao tratamento recebido no mencionado hospital.

Declaro ter ciência de que, por força de terem sido integralmente liquidadas as despesas médicas e suplementares (DAMS) mencionadas neste documento, o direito ao reembolso dessas despesas previsto na Lei nº 6.194/74, art. 3º, III, foi sub-rogado, nos termos do art. 346, III, do Código Civil, ao proprietário(a) do veículo.

Por fim, autorizo o proprietário do veículo a fornecer os meus dados à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A. com o propósito de que seja encaminhada correspondência aos meus cuidados informando o valor exato reembolsado pela Seguradora Líder DPVAT ao proprietário(a) do veículo em virtude das despesas aqui tratadas.

Recife 19, de Dezembro de 2019

local e data

Lucas Antonio da Silva

assinatura do declarante



ANEXO 4:

**Boletim de Ocorrência do Sinistro e Declaração
de ausência de Laudo do IML.**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0109008303**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/11/2019** às **15:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/5/2019** às **16:45**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BARRETO DE MENEZES, 01** - Bairro: **PRAZERES** - **JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PADARIA JAMILE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LUCAS ANTONIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUCAS ANTONIO DA SILVA

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

LUCAS ANTONIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARTA PEREIRA DA SILVA** Pai: **ELIAS ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/5/1997** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9218811/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Endereço Residencial: **RUA BATURITE, 414 - CEP: 55000-000 - Bairro: GUARARAPES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCAS ANTONIO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCAS ANTONIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NEO 125 UBS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDG3500** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO CITADO, EM DIREÇÃO A SUA RESIDENCIA, QUANDO APARECEU UM INDIVÍDUO NA SUA FRENTE, QUE AO TENTANDO ATRAVESSA A RUA SEM OLHA PARA OS LADOS, QUE AO TENTAR LIVRAR O INDIVÍDUO, O QUEIXOSO FOI AO SOLO, CAUSANDO LESSÕES E ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURANDO A SUA CRAVICULA ESQUERDA, CITA O MESMO QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UPDA DA IMBIRIBEIRA E EM SEGUIDA SENDO RENOVADO PARA O HOSPITAL DOM HELDER, QUE FOI REALIZADO A IMOBILIZAÇÃO DA CRAVICULA E EM SEGUIDA LIBERADO, FICANDO EM REPOUSO POR 60 DIAS POR ORDEM MEDICA. CASO AFETO A 19ª CIRC.

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

LUCAS ANTONIO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALDECLIN SANTOS DA SILVA** - Matrícula: **1529480**



21/11/2019 16:00



ANEXO 5:

Declaração de Atendimento pelo SAMU.



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 2443.000
EM: 26.11.2019

Atendendo ao requerimento do Sr. **LUCAS ANTONIO DA SILVA, RG: 9218811 – SDS/PE, CPF: 120.658.174-37**, consta em nossos arquivos a ocorrência de **Nº680037** do dia 19 de Maio 2019, foi atendida pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 16h 20min vítima de Colisão moto e bicicleta. O acidente aconteceu na Av. Barreto de Meneses S/N – Prazeres – Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, a vítima foi removida para o Hospital Dom Helder Câmara.

Jaboatão dos Guararapes, 10 de dezembro 2019.


Fabiano de Melo
Secretaria Administrativa e Gestão de Pessoas
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal do Jaboatão dos Guararapes
Mat. 592342

Fabio Marinho
Coord. Geral SAMU/Sec. Saúde.
Jaboatão dos Guararapes-PE



ANEXO 6:

Prontuário/Resumo do tratamento médico
/hospitalar do requerente, ora atendido no
Hospital Metropolitano Dom Helder Camara.



Atendimento: 500940

Senha da Classificação:

0035

Data e Hora: 19/05/2019 18:36

Paciente: 116673 LUCAS ANTONIO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 24/05/1997 Idade: 21 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARTA PEREIRA DA SILVA

Nome do Pai: ELIAS ANTONIO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA BATURITE

414

Bairro: GUARARAPES

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE

Usuário Atendimento: THAYANECCS

RG (Identidade): 9218811

SDS PE

Data de Emissão:

Fone: 91212116

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 12065817437

Data de Emissão CRN:

Cartão SUS:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: 19:00

Queixa Principal

vítima de acidente com moto há 6 horas,
referindo dores na clavícula (E)

Exame Físico

edema e crepitação na clavícula (E)

Hipótese Diagnóstico

Fratura da clavícula (E) s/desvio

Conduta Terapêutica

Ao Ambulatório

Prescrição Médica

~~Tratamento hemigota (E)~~

8 posturas

Jose de Souza Lins
Fisioterapeuta
R. 13 - Astorga - PE

Carimbo/Médico

Ijaciél Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.726

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/05/2019 18:13



Nome Paciente: LUCAS ANTONIO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 24/05/1997
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: 0035
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 19/05/2019 18:29 - 19/05/2019 18:31

SHEILA REGINA DE MELO SERRANO DE ANDRAD - COREN: 9473 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO. NEGA TCE E DESMAIOS. EM TEMPO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, REFERE DOR EM OMBRO ESQ. COM HD DE FRAT. CLAVICULA ESQ. NEGA ALERGIA, HAS E DM. SENHA: 5687426

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: SHEILA REGINA DE MELO SERRANO DE ANDRAD - COREN: 9473 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/05/2019 18:31

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: LUCAS ANTONIO DA SILVA
Data de Nascimento: 24/05/1997 Data Atendimento: 19/05/2019
Prontuário: 0000120400 Cód. Atendimento: 01232197
Nome do Hospital: HOSPITAL DOM HELDER
Senha: 5687426
Transporte: ☐ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio
☐ Acompanhamento Médico

Observação: PACIENTE TRAZIDA POR SAMU EM PRANCHA RÍGIDA E IMOBILIZAÇÃO CERVICAL APOS COLISÃO DE MOTO, EVOLUI COM DOR EM REGIÃO DE OMBRO ESQUERDO; NEGA TCE NAUSEAS VÔMITOS CERVICALGIA OU PERDA DE CONSCIÊNCIA. NEUROVASCULAR PRESERVADO.
RAIO X: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA FECHADA.

Recife, 19 de Maio de 2019

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM: 24967

Dr. Jorge Ferraz
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 24.967



ANEXO 7:

**Atestados e Laudos Médicos que atestam a
lesão permanente**



ESCALA DE BRADEN
AValiação DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO - Adulto

Nome do paciente: Lucas - Honorio de Silva Registro: _____ Data da avaliação: 21/05/19

Percepção Sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instrução verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades. ☐	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	2
Umidade Nível de exposição da pele à umidade	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocaado ou virado.	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	3
Atividade Nível de atividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	3
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	3
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	3
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.		3

Alto Risco: <12 Risco Moderado: 13 - 17 Sem Risco: > 18

Pontuação Total 21



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

Lucas Antonio da Silva foi atendido (a) neste

serviço no dia: 19/05/19 CID: _____



Necessitado de 60 (sessenta) dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).



Estando apto para voltar ao trabalho.

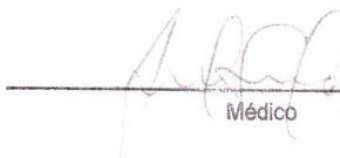


Como acompanhante.



Outros: _____

Cabe, 19 de 05 de 2019.


Ijaciêl Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.726
Médico



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 21/6/19

Nº PRONTUÁRIO: 116678

NOME DO PACIENTE: Lucas A. da Silva

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Inf + consolidação pulmonar

CID:

J42 (E)

OBS.:

Nº DIAS _____ () AFASTAMENTO DO TRABALHO


Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38391



ANEXO 8:

Licença médica concedida pelo INSS.



INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Histórico de Créditos

Página 1 de 1

01/07/2019 07:59:50

Identificação do Filiado

NIT: 267.80077.00-1 CPF: 120.658.174-37 Data de Nascimento: 24/05/1997
 Nome: LUCAS ANTONIO DA SILVA
 Nome da mãe: MARTA PEREIRA DA SILVA
 Compet. Inicial: 06/2019 Compet. Final: 07/2019

Créditos do Benefício

NB: 6282220215
 Espécie: 31 - AUXILIO-DOENCA PREVIDENCIARIO
 APS: 15001050 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL RECIFE - AFOGADOS
 Data de Início do Benefício (DIB): 02/06/2019 Data de Cessação do Benefício (DCB): 19/07/2019
 Data de Início do Pagamento (DIP): 02/06/2019 MR: R\$ 1.692,03

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
06/2019	02/06/2019 a 30/06/2019	R\$ 1.636,00	CMG - CARTAO MAGNETICO		02/07/2019		Não	Sim

Banco: 237 - BRADESCO OP: 756923 - ESTRADA DOS REMEDIOS - URB.RECIFE Ocorrência: Divergência Cadastramento/Crédito
 Data Cálculo: 18/06/2019 Origem: Concessão Validade Início: 02/07/2019 Fim: 30/08/2019

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	R\$ 1.635,62
137	ADIANTAMENTO P/ARREDONDAMENTO DO CREDITO	R\$ 0,38
316	SALDO DEVEDOR ARREDONDAMENTO DE CREDITOS	R\$ 0,38

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
AGENCIA DA PREVIDENCIA SOCIAL:

RECIFE AFOGADOS

**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

REQUERIMENTO Nº 196747519
BENEFÍCIO Nº 6282220215

(2ª Via)

SABI

SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

Prezado(a) Sr(a)

LUCAS ANTONIO DA SILVA

(NOME DO SEGURADO)

67849 / 65

20065756333

(RG-CERTIDÃO)

(CTPS-SÉRIE)

(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS-SÉRIE)

(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Benefício por Incapacidade e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 05/06/2019

Hora: 10:20

Endereço:

R JOAO CARLOS GUIMARAES, 147

AFOGADOS

RECIFE - PE

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.
Caso o(a) Sr(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.
Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Recife, 05 de junho de 2019

Nome/Cargo/Assinatura

(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em _____

Ass. do Requerente/Rep. Legal



ANEXO 9:

Requerimento da Seguradora Líder: 1. Pedido de Seguro DPVAT e 2. Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 17 de Dezembro de 2019.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

101 V002/2019

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16 Registro de informações cadastrais

Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

- | | | |
|----|--------------------------------------|---|
| 17 | Nome completo do Representante Legal | Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação. |
| 18 | CPF do Representante Legal | Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF. |
| 19 | Profissão do Representante Legal | Preencher com a profissão do representante legal.
No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui". |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):**Deverão ser representados:**

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

- | | | |
|----|----------------------------------|--|
| 20 | Renda Mensal do Titular da conta | Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização. |
| 21 | Dados bancários | Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização. |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 Declaração de Ausência de Laudo do IML

Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.

MORTE

23 a 33 Declaração de Únicos Beneficiários

A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

- | | | |
|----|--|---|
| 34 | Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado. |
| 35 | Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) | Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo). |
| 36 | CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) | Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo). |
| 37 | Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) | Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade. |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

- | | | |
|----|---------------|--|
| 38 | 1ª testemunha | Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha. |
| 39 | 2ª testemunha | Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha. |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

- | | | |
|----|--|--|
| 40 | Local e Data | Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário. |
| 41 | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade. |
| 42 | Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade. |
| 43 | Assinatura do Procurador (se houver) | Assinatura do procurador devidamente nomeado. |

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Luкас Antonio da Silva,
PORTADOR(A) DO RG Nº 9.218.811 EXPEDIDO POR SDS-PE EM ____/____/____ E
CPF 12065817437 /CNPJ _____-_____-_____, PROFISSÃO Tec. ADM.
E RENDA MENSAL DE R\$ 2.279,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Luкас Antonio da Silva, 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, q. 11 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 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 – os 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 LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o tipo de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 023 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)

do BANCO BRASIL N° da Agência (com dígito, se existir) 1509-1 N° da CONTA (com dígito, se existir) 46573-9

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

N° do BANCO _____ N° da Agência (com dígito, se existir) _____ N° 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 ESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife, 17 de Dezembro de 2019 Luкас Antonio da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de até **R\$ 13.100,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$ 13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 1.912/1999) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Segue Petição Inicial.

