

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

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200263098 **Vítima: LAZZARO GABRIEL DA SILVA**

Data do Acidente: 15/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDVANIO DE OLIVEIRA NUNES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LAZZARO GABRIEL DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200263098

Vítima: LAZZARO GABRIEL DA SILVA

Data do Acidente: 15/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDVANIO DE OLIVEIRA NUNES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), LAZZARO GABRIEL DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

117.177.339-05

Lázaro Gabriel da Silva

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.(DDI): 17 - Tel.(DDO):

(82) 99617-4487

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:

Declare, 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): CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: 6 AGÊNCIA: CONTA: 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declare, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada; concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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

NÃO ALFABETIZADO

34
Assinatura
de quem
assina o
rogó/a
pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data:

Aracaju - SE
12/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

078.128.584-48

Antônio Ferreira de Melo

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

5 - Nome completo:

Antônio Ferreira de Melo

6 - CPF:

078.128.584-48

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

R. José Amorim da Silveira

9 - Número:

18 casa

11 - Bairro:

S. Nilo Souto

12 - Cidade:

Alpiraca

13 - Estado:

Alagoas

14 - CEP:

57.309-400

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(82) 4102-1419

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
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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:

AGÊNCIA: 0056

CONTA: 216028

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (variável)?

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Alpiraca-RS

15.06.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Polícia Militar de Alagoas
Comando do Policiamento do Interior
CPAI - II - **3º BPM**

Boletim de Ocorrência Nº **73**

v-1 **QLA 0177** v-2 **NML 4589** v-3 **XXXXXXXXXX**
 Local **RUA MANOEL ABREU COM AVENIDA GOVERNADOR LUIZ CAVALCANTE**
 Hora **- 15:00** Dia da Semana **Domingo** Data **15/03/2020**

TIPOS	Capotamento <input type="checkbox"/>	Tombamento <input type="checkbox"/>	Incêndio <input type="checkbox"/>	Saída de pista <input type="checkbox"/>	Choque:
	Colisão: Frontal	Abalroamento: Transversal	Atropelamento: X	Pedestre <input type="checkbox"/>	Casa/muro <input type="checkbox"/> Barranco/defesa <input checked="" type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Árvore <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>
	Traseira <input type="checkbox"/>	Longitudinal <input type="checkbox"/>		Animal <input type="checkbox"/>	

Condições presumíveis dos condutores:	Classificação:	Tempo:	Luz:
Aparência normal v1 v2 v3	Com vítimas <input checked="" type="checkbox"/>	Claro <input type="checkbox"/>	Dia <input checked="" type="checkbox"/>
Aparência sonolenta	Danos materiais <input checked="" type="checkbox"/>	Nublado <input checked="" type="checkbox"/>	Entardecer <input type="checkbox"/>
Sintomas de embriaguez		Chuvoso <input type="checkbox"/>	Amanhecer <input type="checkbox"/>
Mal súbito		Nevoeiro <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>
Permaneceu no local	Asfalto <input checked="" type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>	Rodovia iluminada <input type="checkbox"/>
Prestou socorro à vítima	Terra <input type="checkbox"/>		Rodovia sem iluminação <input type="checkbox"/>
Evadiu-se do local	Concreto <input type="checkbox"/>		
Outras	Calçamento <input type="checkbox"/>		

V 1

Placa QLA 0177	Marca/modelo HONDA / NXR 160 BROS	Validade do seguro 03/01/2020				
Espécie: Passeio	Coletivo <input type="checkbox"/>	Moto <input checked="" type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>	RENAVAM 1052117228		
Táxi <input type="checkbox"/>	Carga <input type="checkbox"/>	Bicicleta <input type="checkbox"/>	Chassi 9C2KD0810FR477590			
Proprietário ELBA VALERIA DA SILVA MIRANDA						
Endereço						
Motorista SANDRO HENRIQUE ROCHA REGO SILVA	Nº Habilidação					
Endereço RUA MARINITA GOMES DE LIMA, 07 BATINGAS - ARAPIRACA - AL						
Data de nascimento 03/11/2001	Categoria CNH AB	Data de Habilidação				
Procedência e destino do veículo RUA MANOEL ABREU / RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA						
Danos materiais PEQUENA MONTA	Velocidade estimada XXXXXX					
Leitura do bafômetro: 0,01 a 0,03	<input type="checkbox"/>	0,04 a 0,05	<input type="checkbox"/>	0,06 a 0,08 <input type="checkbox"/>	0,09 a 0,15 <input type="checkbox"/>	0,16 <input type="checkbox"/>

V 2

Placa NML 4589	Marca/modelo VW / GOL 1.0	Validade do seguro 28/06/2020				
Espécie: Passeio	Coletivo <input type="checkbox"/>	Moto <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>	RENAVAM 00264760670		
Táxi <input type="checkbox"/>	Carga <input type="checkbox"/>	Bicicleta <input type="checkbox"/>	Chassi 9BWAA05U8BT78419			
Proprietário MARLUCIA MARIA DE O ESPINDOLA						
Endereço						
Motorista GENALDO VICENTE DE ESPINDOLA	Nº Habilidação 00239579153					
Endereço RUA CARLOS CESAR ARAUJO, 32 - BAIXA GRANDE - ARAPIRACA - AL						
Data de nascimento 04/08/1958	Categoria CNH AB	Data de Habilidação 15/02/1993				
Procedência e destino do veículo AV. GOV. LUIZ CAVALCANTE / PRAÇA MARCEL ANCRE						
Danos materiais PEQUENA MONTA	Velocidade estimada XXXXXX					
Leitura do bafômetro: 0,01 a 0,03	<input type="checkbox"/>	0,04 a 0,05	<input type="checkbox"/>	0,06 a 0,08 <input type="checkbox"/>	0,09 a 0,15 <input type="checkbox"/>	0,16 <input type="checkbox"/>

V 3

Placa XXXXXXXXXX	Marca/modelo XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Validade do seguro				
Espécie: Passeio	Coletivo <input type="checkbox"/>	Moto <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>	RENAVAM XXXXXXXXXXXXXX		
Táxi <input type="checkbox"/>	Carga <input type="checkbox"/>	Bicicleta <input type="checkbox"/>	Chassi XXXXXXXXXXXXXX			
Proprietário XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
Endereço XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
Motorista XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Nº Habilidação XXXXXXXXXXXXXX					
Endereço XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
Data de nascimento	Categoria CNH XXXXXXX	Data de Habilidação				
Procedência e destino do veículo XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
Danos materiais XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Velocidade estimada XXXXXX					
Leitura do bafômetro: 0,01 a 0,03	<input type="checkbox"/>	0,04 a 0,05	<input type="checkbox"/>	0,06 a 0,08 <input type="checkbox"/>	0,09 a 0,15 <input type="checkbox"/>	0,16 <input type="checkbox"/>

CROQUI NÃO CONFECCIONADO

- Automóvel, Kombi e Utilitário
- Animal
- Capotagem
- Caminhão, Carreta, Caçamba
- Estado dos Freios
- Frenagem
- Trajeto antes do Acidente
- Semáforo
- Incêndio
- Indícios
- Ônibus
- Placa
- Tombamento
- Trem
- Trajeto após o Acidente
- Pedestre, Cadáver
- Bicicleta, Similar
- Ponto do Impacto
- Marcha a Frente
- Marcha à Ré
- M nº de Metros Aproximados
- Patinagem/ Derrapagem
- Sentido do Tráfego
- Sinal / Marca
- Objeto Fixo

Vítimas:

Nome	SANDRO HENRIQUE ROCHA REGO SILVA	Sexo:	<input type="checkbox"/> Mas <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
Endereço	RUA MARINITA GOMES DE LIMA, 07 - BATINGAS - ARAPIRACA - AL	Nascimento	<input type="checkbox"/> 03/11/2011
Morte:	no local <input type="checkbox"/> posterior <input type="checkbox"/>	Tipo:	pedestre <input type="checkbox"/> condutor <input checked="" type="checkbox"/> passageiro <input type="checkbox"/>
Nome	LAZARO GABRIEL DA SILVA	Sexo:	<input type="checkbox"/> Mas <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
Endereço	RUA SÃO CRISTOVÃO, 321 - PRIMAVERA - ARAPIRACA - AL	Nascimento	<input type="checkbox"/> 30/10/2000
Morte:	no local <input type="checkbox"/> posterior <input type="checkbox"/>	Tipo:	pedestre <input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> passageiro <input checked="" type="checkbox"/>
Nome	XX	Sexo:	<input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
Endereço	XX	Nascimento	<input type="checkbox"/>
Morte:	no local <input type="checkbox"/> posterior <input type="checkbox"/>	Tipo:	pedestre <input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> passageiro <input type="checkbox"/>

Testemunhas:

Nome	XX
Endereço	XX
Nome	XX
Endereço	XX
Nome	XX
Endereço	XX

Narrativa:

COM BASE NOS DADOS E VESTIGIOS COLHIDOS NO LOCAL DO ACIDENTE, VERIFICOU-SE QUE V1 (MOTO) TRANSITAVA PELA RUA MANOEL ABREU SENTIDO NOSSA SENHORA DE FÁTIMA E AO CHEGAR NO CRUZAMENTO COM A VA. GOV. LUIZ CAVALCANTE O MESMO NÃO RESPEITOU A PLACA DE R1 (PARADA OBRIGATÓRIA), VINDO ABALROAR TRANSVERSALMENTE EM V2 (CARRO) QUE TRANSITAVA PELA AVENIDA CITA ACIMA SENTIDO PRAÇA MANOEL ANDRÉ.

OBS.: O CONDUTOR E PASSAGEIRO DE V1 (MOTO) FORAM SOCORRIDOS PARA O HEA PELO SAMU. O CONDUTOR DE V1 FOI AUTUADO NO ART. 162 I DO CTB.


CLÁUDIO ANDRÉ FERREIRA SANTOS - CB PM

Arapiraca/AL, 01/04/2020

Policial encarregado

verso do Boletim de Ocorrência nº

ALMIR EDUARDO C. PEREIRA - 2º TEN PM

Cmt. do Deptº de Trânsito

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolla a(s) tipo(s) de cobertura: DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - CPF do declarante ou NIS: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

07.111.339-05

1003000 Goluril do Sul

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CÂMINTRAS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCLE AS SUAS NA ALÍNCIA

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
1003000 Goluril do Sul	07.111.339-05		
7 - profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Agente	Rua São Cristóvão	301	000
11 - bairro:	12 - cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Praia Grande	Guarujá	São Paulo	53.301-400
15 - Fone:	(11) 9963-9487		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÍNOR ENTRE 0 E 18 ANOS OU INCAPAZ COMO DELEGADOR

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 (ANEXO 1 CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLAMO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$ 30,00 A R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POLÍPANÇA (corrente para os lucros, salvo depósito em conta)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (depósitos bancários)
<input type="checkbox"/> Bradesco (217) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (041)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____
AGÊNCIA: 7365	CONTA: 31632 6
(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)

Autentico a Seguradora Lider a credor na conta bancária informada, de minha responsabilidade, o valor da indenização ou do bônus de Seguro DPVAT a que me tenha direito, resguardando e dando, desde já e somente após a entrega do resgate, garantia de que o valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOBRENTÉ PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas de lei, que estou prestativo de apresentar o laudo do laudo médico legal (IML) para os fins de requerimento de cobertura de Seguro DPVAT (invalidez permanente, entre os que se destaca a invalidez).

Não há IML que atende a regras do acidente ou da minha residência na data da perícia para fins de Seguro DPVAT, ou
 O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não resulta perdas para fins de Seguro DPVAT, ou
 O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência resulta perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias de carência.

Peço que seja ministrado, se houver o prosseguimento da análise da sua pedido de indenização de Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, de antemão, em me submeter à avaliação médica no caso de Seguro DPVAT e/ou para verificação da existência e quantificação das lesões provocadas, de patologias de acidente de trânsito, conforme Lei 6.294/74, art. 3º, §º, declarando que esta assinatura não significa presta concordância com a sua avaliação médica ou resolução no sentido de concordar com a sua oposição.

23 - DECLARAÇÃO DE DÍVICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOBRENTÉ PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado no Civil Divorciado Separado judicialmente Vôo 24 - Data da morte da vítima:

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

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se vítima falecida, informar motivo: <input type="checkbox"/> Doenças <input type="checkbox"/> Outros	30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se vítima falecida, informar motivo: <input type="checkbox"/> Doenças <input type="checkbox"/> Outros	33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
30 - Se vítima falecida, informar motivo: <input type="checkbox"/> Doenças <input type="checkbox"/> Outros	falecida	residência familiar recente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	residência recente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	falecida	residência recente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Declaro ciente de que a Seguradora Lider segui, não devo, a indenização do Seguro DPVAT por morte dessas beneficiárias que se apresentarem e provaram esta condição, assim como ainda, de que qualquer menção ou declaração não verdadeira poderá gerar a abertura da investigação da polícia, além da responsabilidade criminal por violação do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legal de quem inicia a negociação:	35 - Nome legal de quem inicia a negociação:
36 - CPF legal de quem inicia a negociação:	37 - CPF legal de quem inicia a negociação:
38 - Assinatura de quem inicia a negociação:	39 - Assinatura de quem inicia a negociação:

40 - Lanche feito: Sim Não 41 - Nome: _____
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

44 - Assinatura do Proprietário (se houver):



ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DA SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE - SUAS

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU REGIONAL ARAPIRACA

R. Silvestre Péricles n.1065 – Jardim Tropical - CEP: 57.616-060 - Arapiraca/AL

Fone: (82) 3530-0085 - CNPJ.: 12.200.259/0001-65

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Arapiraca, 15 de Julho de 2020.

Conforme solicitado Edvânio de Oliveira Nunes, portador (a) de CPF nº 054.369.644-86, nº Identidade nº 2085813, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192 Arapiraca certifica que efetivou o atendimento da ocorrência abaixo:

Dados da Ocorrência:

- 1 – DIA: 15.03.2020 às 15h08.
- 2 – LOCAL: Av: Ceci Cunha/Arapiraca.
- 3 – REFERÊNCIA: Ceci Cunha/divisa com Governador Luiz Cavalcante.
- 4 – OCORRÊNCIA: Colisão carro x moto.
- 5 – VÍTIMA: **Lazzaro Gabriel da Silva.**
- 6 – DESTINO: Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly.
- 7 – UNIDADE SOCORRISTA: USB 04.
- 8 – N° FICHA: 334.
- 9 – MÉDICO () REGULADOR (a): Dr. Alberson Maylson Ramos da Silva.

Dou ciência da veracidade dos dados acima apresentados.

José Medeiros Neto
José Medeiros Neto.

Coord. Médico

CRM 6220 AL

SAMU 192 - Regional Arapiraca



ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LAZZARO GABRIEL DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07395

CONTA: 00000028632-6

Autenticação:

21A806A771B86EF61EACCFA96C3C219EB81782A28B4BED001933E6D34E600EB1



Nº Documento: 20200710175830

COMPANHIA DE SANEAMENTO DE ALAGOAS
 RUA BARAO DE ATALAIA - N. - 200 - CENTRO MACEIO AL 57020-510
 CNPJ: 12.294.708/0001-81 - ISCN: ESTADUAL N° - DISPENSADA
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 08000820195

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
 DÉBITO AUTOMÁTICO
 01017583.0

VENCIMENTO
 10/08/2020

MATRÍCULA	CLINTE	ESCRITÓRIO	ARAPIRACA	CPF/CNPJ:	129.XXX.XXX-XX
01017583.0	MARIA APARECIDA PINHEIRO				
INSCRIÇÃO	ENDERECO DO IMÓVEL				
003.009.290.0267.000	RUA SAO CRISTOVAO, 0321 - PRIMAVERA ARAPIRACA AL 57304-400				

RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA	ÁGUA	ESGOTO
		LIGADA	POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS			LEITURA	CONSUMO	CONSUMO/DIA			
06/2020	7-6	05/2020	7-6	ANTERIOR	ATUAL	(M ³)	DIAS	(M ³)
04/2020	7-6	03/2020	4	835	845	7	31	0,23
02/2020	10-LP	01/2020	7-6	08/06/2020	09/07/2020	NºHm:	A07N081734	
ECONOMIAS CONS. POR ECONOMIA COD. AUXILIAR								
1	7	R 6	5317					

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA RESIDENCIAIS 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA	7 M3	49,70

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 2,31

TOTAL R\$ 49,70

SR. USUÁRIO: EM 21/07/2020, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO COM A CASAL.
 COMPAREÇA A UM DOS NOSSOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR SUA SITUAÇÃO. EVITE O CORTE.
 CASO O SEU DÉBITO TENHA SIDO PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO
 (Decreto nº 5.440 e Portaria nº 2.914)

GERÊNCIA REGIONAL: UN AGreste	Mês/Ano: 06/2020
REDE DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA PARÂMETROS (Valores Médios)	TURBIDEZ (uT) CLORO (mg/L)

VIA CLIENTE	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------

Emitido por: INTERNET Emitido em: 23/07/2020

MATRÍCULA	INSCRIÇÃO	FATURA	NÃO RECEBER APÓS
01017583.0	003.009.290.0267.000	07/2020	31/08/2021

VENCIMENTO	10/08/2020	VALOR	R\$	49,70
------------	------------	-------	-----	-------

GRUPO: 90 FIRMA: 1

82630000000-5 49701351003-5 01017583001-6 07202010003-7

VIA CASAL

	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
--	-----------------------

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2020	04/06/2020	43	35,89

WALEFI JEFERSON DA SILVA
R ESTD JOSE DE OLIVEIRA LEITE 421 B - CENTRO
CPF: 00070328531456
CEP: 57.300-310 - ARAPIRACA

ROT: 102.010.01.05.007855

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		28051	28/05/2020	
Anterior:		28008	29/04/2020	
Constante de Multiplicação:		1,000	30/06/2020	
Consumo Medido:		43	27/05/2020	
Consumo Faturado:		43	28/05/2020	
Forma de Faturamento:	NORMAL	FCAM*	Apresentação:	
			Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	E1770243	S 1 20308	1.1.1.1	81
HISTÓRICO kWh	DESCRICAÇÃO DA CONTA				
Mês/ano consumo	CONSUMO	43 kWh a R\$ 0,700178 =	30,10		
ABR/20	86	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO SIP)	5,79		
MAR/20	74				
FEV/20	88				
JAN/20	91				
DEZ/19	86				
NOV/19	166				
OUT/19	111				
SET/19	94				
AGO/19	56				
JUL/19	49				
TARIFA SEM TRIBUTOS:	0 A 43 - 0,535250				

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de
04/2020 72,33 energia elétrica a partir de 12/06/2020. O não pagamento po-
derá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na
SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar
este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2019 (Lei 12007/09)
LIGUE 0800 082 0196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28

VOÇÊ PODE OPTAR PELAS DATAS DE VENCIMENTO DA SUA FATURA NOS DIAS 03, 08, 13, 18, 23 OU 28. ENTRE EM CONTATO POR MEIO DOS NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.

RESERVADO AO FISCO F19D. 9680.B4DE.D618.CBCC.1107.0FD8.C714

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$		
Distribuição:	23,02	Base de Cálculo:	30,10	24,98
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	17,00%	
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	5,11	
Encargos:	0,00	Valor do PIS:	1,40%	0,35
Tributos:	7,08	Valor do COFINS:	6,48%	1,62

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	6,03	12,06	24,12	3,61	7,22	14,45	3,54	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	SE ARAPIRACA II						Período de apuração: 03/2020	EUSD: 22,50

ROT: 102.010.01.05.007855

SEU CÓDIGO

1059156-7

TOTAL A PAGAR - R\$

35,89

MÊS FATURADO

05/2020

VENCIMENTO

04/06/2020

Nº da Nota Fiscal: 36694530 FCAM*

83620000000 5 35890003000 0 0000001059 5 15670520008 7



SEQ.: 00106 UC: 1059156-7 DT.LEIT.: 28/05/2020 T.ENTR.: 03
LEITURA: 28051 NORMAL TOTAL: 35,89 CARGA: 003
DT.VENC.: 04/06/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 3661

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDVANIO DE OLIVEIRA NUNES inscrito (a) no CPF 054.369.644 / 86
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LAZZARO GABRIEL DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o N° 117.177.339 / 05 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
LAZZARO GABRIEL DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o N° 117.177.339 / 05 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO- ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:
RECUSO-ME

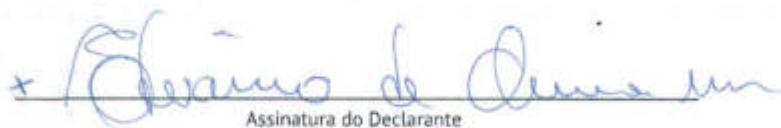
Recuso informar

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

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

Endereço	RUA ESTUDANTE JOSE DE OLIVEIRA LEITE		Número	Complemento
Bairro	CENTRO	Cidade	421 B	CENTRO
Email		Telefone comercial(DDD) (82) 4102-1419	Estado ALAGOAS	CEP 57.300.310

ARAPIRACA - AL, 23 de julho de 2020
Local e Data


Assinatura do Declarante

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: 4020-1995 / 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, ALBA VALÉRIA DA SILVA MIRANDA,

RG nº 3112437-2, data de expedição 22/10/2019

Órgão SSP/AL, portador do CPF nº 093.530.024-09,

com domicílio na cidade de ARAPIRACA, no Estado de

ALAGOAS, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA: Pedro Álvares CABRAL, nº

complemento CASA,

declaro, sob as penas da Lei, que mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido em LAZZARO GABRIEL DA SILVA,

Sandros Henrique Roche de Rege Silva

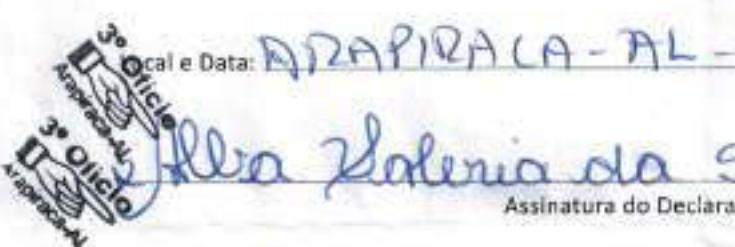
Veículo: PAS/MOTORCU Modelo: HONDA/NKR160 Bros E/S/00 Ano: 2015

Placa: BLA DJ77 Chassi: 9CQKND830FR477590

Data do Acidente: 15/03/2020



3º SERVIÇO NOTARIAL
 Rua Estudante José de Oliveira Lô. s/nº 150
 Arapiraca - AL - Fone/Fax (82) 3-21-32-4
 Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) Firma(s) de:
Alba Valéria da Silva Miranda
 Maria de Lurdes Melo
 Cláudia M. de Melo Lima
 Margarida de Macedo Fernandes
 Substitutas
 Em Testemunha Sandros Henrique Roche de Rege Silva da Verdade
Alba Valéria da Silva Miranda
 Tabelião
 VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



Assinatura do Declarante

Sandros Henrique Roche de Rege Silva

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

3º SERVIÇO NOTARIAL
 Rua Estudante José de Oliveira Lô. s/nº 150
 Arapiraca - AL - Fone/Fax (82) 3-21-32-4
 Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) Firma(s) de:
Sandros Henrique Roche de Rege Silva
 Maria de Lurdes Melo
 Cláudia M. de Melo Lima
 Margarida de Macedo Fernandes
 Substitutas
 Em Testemunha Sandros Henrique Roche de Rege Silva da Verdade
Sandros Henrique Roche de Rege Silva
 Tabelião
 VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESAU
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DR. DANIEL HOULY
Rodovia AL 220 km 05 S/N, Senador Aron de Melo,
CEP: 57.315-745, Tel. (82) 3539-8634
Arapiraca-AL

RELATÓRIO MÉDICO

NOME PACIENTE; LAZARO GABRIEL DA SILVA

ENDEREÇO: ARAPIRACA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO OU BOLETIM DE EMERGÊNCIA; 40776

DATA DE ENTRADA: 15/03/2020

DATA DE SAÍDA; 18/03/2020

Paciente admitido nesta unidade hospitalar de trauma, com historia de acidente motociclistico. (colisão carro/moto).

Após avaliação da equipe medica e realização de exames, foi diagnosticado, fratura de fêmur esquerdo.).

Após inicio do tratamento, foi transferido para outra unidade hospitalar.

Cristiano Marinho Vital
Cristiano Marinho Vital

MÉDICO REATORISTA SAME/HE

CRM: 4389/AL

17/06/2020

MS/DATASUS

UNIDADE DE EMERGENCIA DO AGRESTE

No. DO BE: 702116

DATA: 15/03/2020

HORA: 15:48

SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: LAZARO GABRIEL DA SILVA

DOC: JCL

IDADE: 19 ANOS

NASC: 00/00/0000

SEXO: MASCULINO

ENDERECO: RESGATE PARQUE CECI CUNHA

NUMERO:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

MUNICIPIO: ARAPIRACA

UF: AL

CEP:

NOME DA MAE:

TEL:

RESPONSAVEL: SAMU

LOCAL DE PROCEDENCIA: ARAPIRACA

MOTIVO DO ATENDIMENTO: COLISAO - CARRO COM MOTO

CASO POLICIAL.....: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA.....: SIM

ACID. TRABALHO...: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

DADOS CLINICOS:

Queda de moto. Sem cinto. Perdeu consciente no local (desconhecido).
 Desconhece de onde veio esse aparelho (desconhecido).
 Sangramento nasal. Cauda de rato. Fim exame.
 P.D. Abdomen: Plácido, doloroso - Desconhecido
 no exame. Glóteas (L5) (S5) (S1)

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1 Soro 250cc ev	
2 Dipirona 01 gr. 1000	1600
3 Teotal 4g ev	1600
4 Pd de glicolip, Roxo	1600
5 Octaplen	

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] A REVELIA [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS | [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Marcos Roberto Corrêa Silva
 Cirurgião Vascular e Endovascular
 Rua 3321, 41

MS/DATASUS

UNIDADE DE EMERGENCIA DO AGRESTE

NO. DO BE: 702116

DATA: 15/03/2020

HORA: 15:48

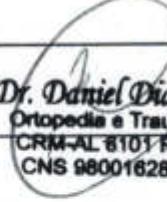
SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: LAZARO GABRIEL DA SILVA
IDADE: 19 ANOS

SEXO: MASCULINO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Codigo	Descricao	Profissional
	Introdução	
	Paciente vítima de queda de moto causando fratura em coxa exposta, envolvendo a deformidade no local.	
	No momento fatura de diafragma.	
	ED: fratura aberta, com m ¹ º. Introdução hospitalar	
15.03.20	Exame com diagnóstico de paciente de fêmur (6) exposto, via óssea avariada, consciente e orientado, medi- cado, PDP turvamento, encaminhado para cirurgia.	 Dr. Daniel Dias Esteves Ortopedia e Traumatologia CRM-AL 8103 RQE 2889 CNS 980016286663296

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO





CENTRO-HOSPITALAR MANOEL ANDRÉ LTDA
CNPJ – 04.710.210/000124 ROD. AL 220-KM 02
Nº344 SEN. ARNON DE MELO 57304-260 –
ARAPIRACA/AL – FONE: 3521-4781

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **LAZZARO GABRIEL DA SILVA** deu entrada nesta unidade hospitalar no dia **18/03/2020** para tratamento **CIRURGICO** e o mesmo recebeu alta hospitalar no dia **28/03/2020** tal qual patologia abaixo discriminada.

CID: S 72.3

CHAMA

Arapiraca-AL 28 de ABRIL de 2020

C.N.P.J: 04.710.210/0001-24

**CHAMA - CENTRO HOSPITALAR
MANOEL ANDRÉ**

Rod. - AL 220 S/N - Km 2
Senador Anôn de Melo - CEP: 57304-260
Arapiraca - Alagoas

Dr. José Augusto Xavier Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM - AL 3303 - RQE 4160

Paciente: LAZZARO GABRIEL DA SILVA

Atendimento: 308115

Prontuário: 100234

Mãe: ADRIANA MARIA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Idade: 19 Anos 7 Meses 8 Dias

Data de Nasc.: 20/09/2000

CNS: 898000421482569

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA ATUAL: 26 DE MARÇO DE 2020

INICIO:

FIM:

DURAÇÃO:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO

OPERAÇÃO REALIZADA

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO

CIRURGÃO: JOSE AUGUSTO XAVIER NETO

CRM:

1 AUXILIAR:

CRM:

2 AUXILIAR:

CRM:

INSTRUMENTADOR: ORESTES

ANESTESIA: RAQUI

INICIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Anestesista: CLAUDIA ISABEL BARBOSA DE FREITAS

CRM:

DESCRÍÇÃO OPERATÓRIA

- 1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
- 2) ANTISSEPSIA + CAMPOS CIRURGICOS;
- 3) INCISÃO LATERAL EM COXA ESQUERDA, ACESSO TRANSVASTOLATERAL;
- 4) ABERTURA POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA;
- 5) REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA DCP LARGA 4,5MM + PARAFUSOS;
- 6) IRRIGAÇÃO COM SF0,9%;
- 7) SUTURA POR PLANOS + CURATIVO;

CNPJ: 04.710.210/0001-24

CHAMA - CENTRO HOSPITALAR
MANOEL ANDRÉ

Rod. - AL 220 S/N - Km 2

Senador Anôn de Mato - CEP: 57304-260
Arapiraca - Alagoas

Dr. José Augusto Xavier Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM - AL 5303 - RQE 4160

JOSE AUGUSTO XAVIER NETO -

Médico(a)

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 28/03/2020 07:37:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: LAZZARO GABRIEL DA SILVA RG: 45016257 PESO:
IDADE: 19 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:
Data de Nascimento: 20/09/2000
PRESTADOR ASSISTENTE: JOSE AUGUSTO XAVIER NETO
DATA DE ATENDIMENTO: 18/03/2020 15:33:09 ATENDIMENTO: 308115 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 10 Dia(s)
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

25/03/2020 HEMOGRAMA
24/03/2020 HEMOGRAMA
22/03/2020 HEMOGRAMA
19/03/2020 HEMOGRAMA
19/03/2020 GLICOSE

INFECÇÕES

ANTIBIÓTICO	DATA INICIAL	DATA FINAL
CEFALOTINA SODICA 1G INJETAVEL	26/03/2020	26/03/2020

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA COM PREVISÃO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 28/03/20

2º DPO, TTO CIRÚRGICO DE FX DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO
SEM QUEIXAS, BOA PERFUSÃO, NV PRESERVADO

CD: ALTA HOSPITALAR

Dr. AGUINALDO SEGUNDO GURGEL DA N.
CLÍNICA MÉDICA MEDICINA DO TRABALHO
7858 CRM/PRN 5884 CRM/PRN

AGUINALDO SEGUNDO GURGEL DA N PEREIRA
CRM-7658

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO

C.N.P.J: 04.710.210/0001-24
CHAMA - CENTRO HOSPITALAR
MANOEL ANDRÉ
Rod. - AL 229 S/N
Senador Anan da Mata - B.E.P. 57304-260
Arapiraca - Alagoas

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

LEZZATO GABRIEL DASILVA DR. PEDIATRAGEL
Ser/Masc
Data de nascimento: 20/03/2020

Data de aquis: 26/03/2020
Hora de aquis: 12:32:32
Índice de exp: 1806

LEZZATO GABRIEL DASILVA DR. PEDIATRAGEL

SEMESE
Data de nascimento: 20/03/2020

Data de aquis: 26/03/2020
Hora de aquis: 12:32:32
Índice de exp: 1971

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil MA-3.200-2004, Registro CFA 182/2007, Registro CFA 91/2008, feito sob guarda em um sistema
certificado no processo de certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRS) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 043.
ADELSON PEREIRA MENDES DANITAS-10359278490, AC ONLINE RBL, 10359278490, 26/03/2020 15:50 BRT 20/03/2020.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).

ID: PAT028416
ID de técnico: anselmo

ID: PAT028416
ID de técnico: anselmo

Escala: 0,00
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Escala: 0,00
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO





ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

PROMOÇÃO OFICIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MÁRIO PEDRO DOS SANTOS

NOME: LÁZZARO GABRIEL DA SILVA

PILHAÇÃO
WAGNER RODRIGUES RAMOS
ADRIANA MARIA DA SILVA

DATA NASCIMENTO: 20/09/2000

NATUAZEDADE: CURITIBA-PR

DIPONAVOR: INI ORGÃO EXPEDIDOR: SSP/AL

OBSERVAÇÃO:

Lázaro Gabriel da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CPF: 117.177.339-05

DIN: [REDACTED]

DATA DE EXPEDIÇÃO: 29/10/2019

REGISTRO CIVL: LÁZZARO GABRIEL DA SILVA

CERT. NASC. N°0051656 - LIV.00298 - FLS.056 - CARTÓRIO CURITIBA - PR

T. ELEITOR

CTPS

DRE

UF

NIS PIS/PASEP

IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERT. MILITAR

[REDACTED]

CRM

[REDACTED]

POLEGAR DIREITO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - AL 21256744851 N° 015994387618

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA - COD. RENAVAM - INTRC - EXERCÍCIO
01 01062117228 2020NOME
ALBA VALERIA DA SILVA MIRANDACHP / CNPJ
07353002409 PLACA
QLA0177PLACA ANT / UF
QLA0177 AL CHASSI
9C2KD0810FR477590ESPECIE / TIPO
PAS / MOTOCICLO / NENHUMA COMBUSTÍVEL
ALCO / GASOLMARCA / MODELO
HONDA / NXR160 Bros ESDD ANO FAB. / ANO MOD.
2015 2015CAP / POT / CIL
2P / 162CC CATEGORIA
PARTIC COR PREDOMINANTE
PRETACOTA ÚNICA
PAGO EM VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1* *** / *** / ***
2* *** / *** / ***
3* *** / *** / ***
FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTASPRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
3.000,00 0,00 3.000,00 23/01/20SEGURADOR: BRIGITÓRIO
OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
PRATICAMENTE SEM USO
TRANSEFERENCIALOCAL
ARAPIRACA DATA
2020 24/01/2020
ADRIALDO DE LIMA CAZAO
DIRETOR PRESENTE
9E10

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200263098 **Cidade:** Arapiraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAZZARO GABRIEL DA SILVA **Data do acidente:** 15/03/2020 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: LAZZARO GABRIEL DA SILVA..... brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AGRICULTOR....., residente e domiciliado à Rua R. 300 CRISTO VAO, n.º 324, bairro PRIMAVERA....., Município de ARAPIRACA, Estado de(o) ALAGOAS, Cep. 57.304-400 portador(a) do Rg n.º 45016257....., SSP/ AL e CPF n.º 117.177.339-05

Outorgado: EDVÁNIO DE OLIVEIRA NUNES....., brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão Autônomo, residente e domiciliado(a) à Rua EST. JOSÉ DE DIV. LEITE, n.º 421 B, bairro CENTRO....., Município de ARAPIRACA, Estado de (o) ALAGOAS Cep. 57.300-350 portador (a) do RG n.º 2035833....., SSP/ AL e CPF n.º 054.369.644-86

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) LAZZARO GABRIEL DA SILVA..... ocorrido em 15.03.2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo, Sinistro DPVAT cobertura: INVALIDEZ.....

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ARAPIRACA-AL 04 de MAIO

de 2020

Ofício



Cartório do 27º Ofício de Notas e de Protestos
Rua Prof. Domingos Rodrigues, 41, Arapiraca-AL (82) 35211414
José Antônio Veras Souza Filho - Tabelião

Reconheço por autenticidade a firma indicada de: LAZZARO GABRIEL
DA SILVA que contém o o padrão reg. na este serventia. Dúvidas

Aracaju, 04/05/2020
José Antônio Veras Souza Filho (Tabelião)

Fizer Júlio César Esteves da Almeida
Selos Digitais de Autenticidade. Reconhecimento de firma é digitalizado. AAC278295-JY52
Clique com o mouse no selo para verificar sua autenticidade.

LAZZARO GABRIEL DA SILVA

Outorgante

CPF N.º 117.177.339-05

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira