
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

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 - Nº do sinistro ou ASI: 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:

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) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 7395 CONTA: 28632 6 AGÊNCIA: CONTA:

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

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 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 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) ☐ Divorçado ☐ 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(s) nascido(s)? ☐ 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 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.

34 - 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 23.07.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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:

6 - CPF:

Antônio Ferreira de Melo

078.128.584-48

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Agricultor

R. pre - Amora da Silva

38

casa

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

S. Nilo Coelho

Apipiraca

Pernambuco

57.309-400

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 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

☐ 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)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0056

CONTA:

236028

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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?

☐ 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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Apipiraca - PE 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 XXXXXXXXXXXX
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 <input type="checkbox"/> Traseira <input type="checkbox"/> Longitudinal <input type="checkbox"/> Transversal <input checked="" type="checkbox"/>				Casa/muro <input type="checkbox"/>	Barranco/defensa <input type="checkbox"/>
	Abalroamento: <input type="checkbox"/> Atropelamento: <input type="checkbox"/>				V. parado <input type="checkbox"/>	Poste <input type="checkbox"/>
					Árvore <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>

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

V 1

Placa	QLA 0177	Marca/modelo	HONDA / NXR 160 BROS	Validade do seguro	03/01/2020
Espécie:	Passado <input type="checkbox"/> Coletivo <input type="checkbox"/> Moto <input checked="" type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/>	RENAM	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				
Endereço	RUA MARINITA GOMES DE LIMA, 07 BATINGAS - ARAPIRACA - AL				
Data de nascimento	03/11/2001	Categoria CNH		Data de Habilitação	
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:	Passado <input checked="" type="checkbox"/> Coletivo <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/>	RENAM	00264760670		
	Táxi <input type="checkbox"/> Carga <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/>	Chassi	9BWAA06U8BT78419		
Proprietário	MARLUCIA MARIA DE O ESPINDOLA				
Endereço					
Motorista	GENALDO VICENTE DE ESPINDOLA				
Endereço	RUA CARLOS CESAR ARAUJO, 32 - BAIXA GRANDE - ARAPIRACA - AL				
Data de nascimento	04/08/1958	Categoria CNH	AB	Data de Habilitação	15/02/1993
Procedência e destino do veículo	AV. GOV. LUIZ CAVALCANTE / PRAÇA MANOEL ANRE				
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:	Passado <input type="checkbox"/> Coletivo <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/>	RENAM	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
	Táxi <input type="checkbox"/> Carga <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/>	Chassi	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Proprietário	XX				
Endereço	XX				
Motorista	XX				
Endereço	XX				
Data de nascimento		Categoria CNH	XXXXXXXXXX	Data de Habilitação	
Procedência e destino do veículo	XX				
Danos materiais	XX				
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, Caioneta
- ☐ Estado dos Freios
- ☐ Frenagem
- ☐ Trajetória antes do Acidente
- ☐ Semáforo
- ☐ Incêndio
- ☐ Indícios
- ☐ Ônibus
- ☐ Placa
- ☐ Tombamento
- ☐ Trem
- ☐ Trajetória após o Acidente
- ☐ Pedestre, Cadáver
- ☐ Bicicleta, Similares
- ☐ Ponto de Impacto
- ☐ Marcha à 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:	Mas <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
Endereço	RUA MARINITA GOMES DE LIMA, 07 - BATINGAS - ARAPIRACA - AL	Nascimento	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:	Mas <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
Endereço	RUA SÃO CRISTOVÃO, 321 - PRIMAVERA - ARAPIRACA - AL	Nascimento	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:	Mas <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
Endereço	XX	Nascimento	
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 VESTÍGIOS 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 OBRIGATORIA), 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
CLÁUDIO ANDRÉ FERREIRA SANTOS - CB PM

Policial encarregado

Arapiraca/AL, 01/04/2020

verso do Boletim de Ocorrência nº 73

Almir Eduardo C. Pereira
ALMIR EDUARDO C. PEREIRA - 2º TEN PM
Cmt. do Deptº de Trânsito

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escala (e/ou tipo(s)) de cobertura: ☐ D&M (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do contrato ou AGL: 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 SUPLEN Nº 46/2003

5 - Nome completo: 6 - DPV: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone: 17 - Data de nascimento:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 17 ANOS OU INCAPAZ COM DOENÇAS

18 - Nome completo do Representante Legal: 19 - CPF do Representante Legal: 20 - Profissão do Representante Legal:

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

21 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAL ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

22 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POLÍPARÇA (somente para os bancos abaixo, assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (141) ☐ Banco do Brasil (003) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 7345 CONTA: 38632

AGÊNCIA: CONTA:

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

23 - 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 Sotossuor Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por motivo do momento, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Felicitamos a senhoria, senhor e/ou responsável de análise do novo pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às bases da seguradora Líder para verificação da extensão e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 4º, declarando que esta autorização não significa plena concordância com a futura avaliação médica conduzida ao direito de indenização, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 25 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar nascimentos: 30 - Vítima deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Se tinha irmãos, informar nascimentos: 32 - 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 comprovarem esta condição, estando ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a sanção de rescisão a qualquer tempo, além da responsabilidade criminal decorrente do artigo 298 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - Data legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição:

38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - 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 Pêricles 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 - Nº 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



José Medeiros Neto
Coord. Médico
CRM 6220 AL
Regional Arapiraca

ITAÚ - 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: 000000028632-6

Autenticação:

21A806A771B86EF61EACCF9A96C3C219EB81782A28B4BED001933E6D34E600EB1



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

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 20200710175830

ESCRITÓRIO ARAPIRACA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
01017583.0

MATRÍCULA
01017583.0

CLIENTE
MARIA APARECIDA PINHEIRO

CPF/CNPJ:
129.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO
10/05/2020

INSCRIÇÃO

003.009.290.0267.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA SAO CRISTOVAO, 0321 - PRIMAVERA ARAPIRACA AL 57304-400

FATURA

07/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADA

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

06/2020 -	7-6	05/2020 -	7-6
04/2020 -	7-6	03/2020 -	4
02/2020 -	10-LP	01/2020 -	7-6

ECONOMIAS CONS. POR ECONOMIA COD. AUXILIAR

1 7 R 6 5317

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL
835	845
08/06/2020	09/07/2020

CONSUMO

(M³)	DIAS	CONSUMO/DIA (M³)
7	31	0,23
NºHm:	A07N081734	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAIS 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

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

TURBIDEZ (uT)

CLORO (mg/L)

PARÂMETROS (Valores Médios)

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/07/2020



MATRÍCULA
01017583.0

INSCRIÇÃO
003.009.290.0267.000

FATURA
07/2020

NÃO RECEBER APÓS
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

EQUATORIAL ENERGIA ALAGOAS
Av. Fernandes Lima, 3349 - Gruta de Lourdes - CEP: 57052-902
MACEIÓ/AL - CNPJ: 12.272.084/0001-00 - IE: 24007177-8
REGIME ESPECIAL DE IMPRESSÃO AUTORIZADO PELA SEC. DA FAZENDA
NF / FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA / SERVIÇO SÉRIE U N°

Nº da Nota Fiscal 36694530

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS
MAIO/2020

VENCIMENTO
04/06/2020

CONSUMO (kWh)
43

TOTAL A PAGAR (R\$)
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		DATAS DA LEITURA	
Atual:	28051	Atual:	28/05/2020
Anterior:	28008	Anterior:	29/04/2020
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	30/06/2020
Consumo Medido:	43	Ger. Arquivo:	27/05/2020
Consumo Faturado:	43	Apresentação:	28/05/2020
Forma de Faturamento: NORMAL		Dias de Consumo: 29	
Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	E1770243	S 1 20308	1.1.1.1	81

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	CONSUMO	43 kWh a R\$ 0,700178 = 30,10
ABR/20 86	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	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 energia elétrica a partir de 12/06/2020. O não pagamento poderá 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

VOCÊ 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		TOTAL A PAGAR - R\$
1059156-7		35,89
MÊS FATURADO	VENCIMENTO	
05/2020	04/06/2020	
Nº da Nota Fiscal: 36694530		FCAM*

83620000000 5 35890003000 0 00000001059 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **EDVÂNIO 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 Nº **117.177.339 / 05**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **LAZZARO GABRIEL DA SILVA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **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**

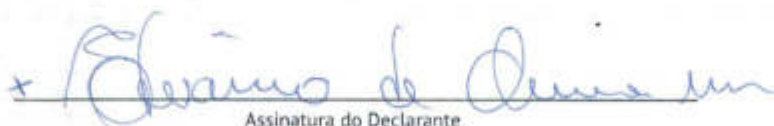
☒ Recuso informar

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 421 B	Complemento CENTRO
Bairro CENTRO	Cidade ARAPIRACA	Estado ALAGOAS	CEP 57.300.310
Email		Telefone comercial(DDD) (82) 4102-1419	Telefone celular (DDD) (82) 99617-4487

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: 4020-1595 / 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 073.530.024-09

com domicílio na cidade de ARAPIRACA, no Estado de

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

RUA: PEDRO ALVARES 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, cujo

Somente Henrique Rocha do Rego Silva

Veículo: PAS/MOTORCICLO Modelo: HONDA/NXR 160 BROS Ano: 2015

Placa: RLA 0177 Chassi: 9C2KND810FR 477590

Data do Acidente: 15/03/2020



3º SERVIÇO NOTARIAL
Rua Estudante José de Oliveira Leite, Nº 130
Arapiraca - AL - Fone/Fax (82) 3.21-32.4
Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) Fim(a)s de:
Alba Valéria da Silva Miranda
Em Testemunho Henrique Rocha do Rego Silva da Verdade
Arapiraca-AL, 15 de 03 de 2020
Margarida de Macedo Fernandes
Tabelião
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Local e Data: ARAPIRACA - AL -

Alba Valéria da Silva Miranda
Assinatura do Declarante

X Henrique Rocha do Rego Silva
Assinatura do Condutor

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



3º SERVIÇO NOTARIAL
Rua Estudante José de Oliveira Leite, Nº 130
Arapiraca - AL - Fone/Fax (82) 3.21-32.4
Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) Fim(a)s de:
Henrique Rocha do Rego Silva
Em Testemunho Margarida de Macedo Fernandes da Verdade
Arapiraca-AL, 15 de 03 de 2020
Margarida de Macedo Fernandes
Tabelião
VÁLIDO 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 Arnon 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

MÉDICO RELATORISTA SAME/HE

CRM; 4389/AL


17/06/2020

C31-15

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: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA			
DADOS CLINICOS:			
<p>Queda de moto. Sem cinto.</p> <p>Queda de 10m em terra firme (defumada)</p> <p>Sem lesões. Sem fraturas. Sem feridas.</p> <p>M.O. Abdomen: Placido, indolor - Defumado</p> <p>por 100g. glax (1)</p>			
DIAGNOSTICO:		CID:	
PRESCRICAO		HORARIO DA MEDICACAO	
1) Siga 1000g			
2) Aspirina 900g. 1000g		16:00	
3) Ictal 4g		16:00	
4) Pado glicolif, 1000g		16:00	
5) Omeprazol			
DATA DA SAIDA: 15/03/2020			
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] A REVELIA [] DESISTENCIA		HORA DA SAIDA: :	
[] 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

Dr. Marcos Roberto Correia Silva
Cirurgião Vascular e Endovascular
RQE 3321-A1
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

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		SEXO: MASCULINO	
IDADE: 19 ANOS			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
Codigo	Descricao	Profissional	
	<i>Exatidão</i>		
	<i>Paciente vítima de queda de moto causando</i>		
	<i>trauma em toda a extensão, causando com dor e</i>		
	<i>deformidade no local.</i>		
	<i>Requerer fratura de diáfise de fêmur E</i>		
	<i>ed: fratura completa com MIO</i>		
	<i>internação hospitalar</i>		
		 Dr. Daniel Dias Esteves Ortopedia e Traumatologia CRM-AL 8101 RQE 2889 CNS 980016286663296	
15.03.20	<i>Realizado com diagnóstico de fratura</i>	<i>de fêmur @, suprema, via aérea</i>	
	<i>consciente e orientado, medi-</i>	<i>cado, PVP furacento, encaminhado</i>	
	<i>para cirurgia.</i>		

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 descriminada.

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 Arnon de Melo - CEP 57304-260

Arapiraca - Alagoas

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

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO

OPERAÇÃO REALIZADA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO

CIRURGIÃO: JOSE AUGUSTO XAVIER NETO

CRM:

1 AUXILIAR:

CRM:

2 AUXILIAR:

CRM:

INSTRUMENTADOR: ORESTES

ANESTESIA: RAQUI

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Anestesiista: CLAUDIA ISABEL BARBOSA DE FREITAS

CRM:

DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

- 1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
- 2) ANTISSEPÇÃO + CAMPOS CIRÚRGICOS;
- 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 Anon de Melo - CEP: 57304-260
Arapiraca - Alagoas

Dr. José Augusto Xavier Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM - AL 5303 - ROE 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 PREVISAO 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 PERFUSAO, NV PRESERVADO

CD: ALTA HOSPITALAR

Dr. Aginaldo Segundo Gurgel da N.
CLINICA MEDICA / MEDICINA DO TRABALHO
7658 CRM/PA 5864 CRM/RN

AGUINALDO SEGUNDO GURGEL DA N PEREIRA

CRM-7658

C.M.P.J.: 04.710.210/0001-24
CHAMA - CENTRO HOSPITALAR
MANOEL ANDRÉ
Rod. - AL 220 S/N - 2º andar
Senador Anon de Melo - CEP: 57304-260
Arapiraca - Alagoas

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO

data de aquis: 26/03/2020
hora de aquis: 12:28:39
indice de exp: 1806

L'AZZATO GABRIEL DA SILVA, DI PEDROMACIEL
SACRAMENTO, 27/03/2004

Este registro foi elaborado originalmente de acordo com o ICP-Brasil, MP-2.200-27/2001, Resolução CFM 182/2007, Resolução CFO 91/2008, tendo sido gerado em um sistema desenvolvido pelo Conselho Brasileiro de Interoperabilidade em Saúde (CBIS) sob N°043.

DOI: 10.1002/anie.202015020

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

4D-PAT626946

Escala 0,00
HOSPITAL DA RESTAURACAO

ID PAT028416
ID de técnico: angelmo

Escala: 0,00
HISTÓRICAL DA RESISTÊNCIA

Escala: 0,00
AUXÍLIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 867248003	NOME EDVÂNIO DE OLIVEIRA MUNES	
	DOC. IDENTIFICADOR / ORG. EMISSOR / UF 2085813 SSP AL	
	CPF 054.369.644-86	DATA NASCIMENTO 27/03/1984
	PLAÇÃO JOSE FERREIRA MUNES MARIA DE LOURDES OLIVEIRA MUNES	
	PERMISSÃO B	ACC AD
PRESTÍCIO 02710382019	VALIDADE 30/03/2019	VALIDADE 15/01/2003
PRESTÍCIO PLASTIFICAR 867248003	OBSERVAÇÃO HAB. ESCOLAR Apto para Transporte Remunerado	
	ASSINATURA DO PORTADOR <i>Edvânio de Oliveira Munes</i>	
	LOCAL MACIEIO, ALAGOAS	DATA EMISSÃO 20/02/2014
	ASSINATURA DO DETRAN <i>André Luiz de Mello Lemos Lyra</i> Diretor-Executivo do DETRAN-AL	
	DETRAN - AL (ALAGOAS) 54189501485 AL014070804	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PERÍCIA OFICIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DEL. MÁRIO PEDRO DOS SANTOS

NOME LAZZARO GABRIEL DA SILVA



FILIAÇÃO
WAGNER RODRIGUES RAMOS
ADRIANA MARIA DA SILVA

DATA NASCIMENTO 20/09/2000
NACIONALIDADE CURITIBA-PR
TIPÓGRAFIA INI **ORIGEM** SSP/AL
OBSERVAÇÃO

Lazzaro Gabriel da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 117.177.339-05 **DN** 
REGISTRO GERAL 45016257 1ª VIA **DATA DE EMISSÃO** 29/10/2019

REGISTRO CIVIL LAZZARO GABRIEL DA SILVA
CERT. NASC. Nº 0051856 - LIV. 00298 - FL. 056 - CARTÓRIO CURITIBA - PR

T. ELEITOR	CTPS	SERIE	UP	POLEGAR DIREITO
_____	_____	_____	_____	
RG RG PASEP	IDENTIDADE PROFISSIONAL			
CERT. MILITAR	_____			
CRM	_____			

Paulo Roberto
NOME DO TITULAR DO ARQUIVO NACIONAL
SUPERINTENDENTE DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas 

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
117.177.339-05

Nome
LAZZARO GABRIEL DA SILVA

Nascimento
20/09/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN

DETRAN - AL 21256744851 Nº 015994387618
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 01062117228 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2020

NOME
ALBA VALERIA DA SILVA MIRANDA

CPF / CNPJ 07353002409 PLACA QLA0177

PLACA ANT. / UF QLA0177 AL CHASSI 9C2KD0810FR477590

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETO/NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDE ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP / POT / CIL 2P/162CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º **/**/****

FAIXA IRVA PARCELAMENTO / COTAS 2º **/**/****

PRÊMIO TAFIFÁRIO (R\$) 3,10 IOF (R\$) 0,05 PRÊMIO TOTAL (R\$) 2,30 DATA DE PAGAMENTO 23/01/20

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL ARAPIRACA DATA 24/01/2020

2CD7 ADRIALDO DE LIMA CATÃO 9E10
DIRETOR PRESIDENTE

CONTRAN

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 FÊMUR 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. SÃO CRISTÓVÃO, nº 321, bairro PRIMAVERA, Município de ARAPIRACA, Estado de(o) ALABOAS, Cep: 57.304-400, portador(a) do Rg nº 45016257, SSP/ AL e CPF nº 117.177.339-05

Outorgado: EDVÂNIO DE OLIVEIRA NUNES brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão Autônomo, residente e domiciliado(a) à Rua EST. JOSÉ DE DIV. LEITE, nº 421 B, bairro CENTRO, Município de ARAPIRACA, Estado de (O) ALABOAS, Cep 57.300 310, portador (a) do RG nº 2085813, SSP/ AL e CPF nº 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



Cartório do 2º Ofício de Notas e de Protestos
Rua Prof. Domingos Rodrigues 41, Arapiraca-AL (82) 35211414
José Antonio Veras Sousa Filho - Tabelião

Reconheço por autenticidade a firma indicada de: LAZZARO GABRIEL DA SILVA que confere o padrão reg. neste senheta. Duas fe



Total: R\$ 4,50

Aracaju, 04/05/2020
José Antonio Veras Sousa Filho (Tabelião)
Tabela Justicial do Estado de Alagoas
Selo Digital de Autenticidade, reconhecimento de firma e distribuição: AAQ78235-JV52
Código de acesso ao e-CPF: AAQ78235-JV52

LAZZARO GABRIEL DA SILVA

Outorgante

CPF Nº 117.177.339-05

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira