



09/11/2020

Número: **0063410-97.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE LUCAS BATISTA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70724078	09/11/2020 14:53	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456679

Vítima: JOSE LUCAS BATISTA

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE LUCAS BATISTA

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, contatos 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,

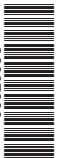
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14652179

Pag. 01275/01276 - carta_01 - INVALIDEZ

00020638





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, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456679

Vítima: JOSE LUCAS BATISTA

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE LUCAS BATISTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01567/01568 - carta_02 - INVALIDEZ

00010784



Carta nº 14672403





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, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456679

Vítima: JOSE LUCAS BATISTA

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LUCAS BATISTA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOSE LUCAS BATISTA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000917

Conta: 0000087786-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 753.919.634-66 4 - Nome completo da vítima: João Lucas Botista

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

5 - Nome completo: João Lucas Botista 6 - CPF: 753.919.634-66
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua Rato Alado 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Itapira 12 - Cidade: Binda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53360-060
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0937 CONTA: 877864
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: 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 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.

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 5.184/74, 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 (ou 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 deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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 293 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - (*) 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: Binda, 31.07.2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):
FP5.001.V002/2019



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190456679
Nome do(a) Examinado(a): Jose Lucas Batista
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Porto Alegre, 11
Tabajara Olinda PE CEP: 53360-060
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9112102
Data local do acidente: [25/12/2018]
Data local do exame: [12/08/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA FACIAL COM MULTIPLAS FRATURAS DA FACE SEM LESAO NEUROLÓGICA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR NÃO CIRURGICO
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
ASSIMETRIA FACIAL A ESQUERDA RESIDUAL COM LIMITAÇÃO MÍNIMA DA ABERTURA ORAL
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL ÀS ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DIM/7º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0114004373

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/05/2019 às 16:21

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 25/12/2018 às 09:15

Fato ocorrido no endereço: **RUA SANTA TEREZA, 01 - Bairro: 7º RO - OLINDA/PERNAMBUCO**
/BRASIL - CEP: 53010-150
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AGENTE EXTERNO (AUTOR) AGENTE
GENIVALDO JOSE DE SOUZA (OUTRO)
JOSE LUCAS BATISTA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE LUCAS BATISTA

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

JOSE LUCAS BATISTA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EDILEUZA ANA SANTANA Pai: LUIZ ALVES BATISTA Data de Nascimento: 12/9/1997 Nacionalidade: VITÓRIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: BAIRRO DE TABAJARA (BAIRRO), 11, RUA PORTO ALEGRE, N.11, TABAJARA, OLINDA-PE, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

AGENTE EXTERNO - Rango da Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa da Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

GENIVALDO JOSE DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DESCONHECIDA Mãe: DESCONHECIDA Nacionalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENIVALDO JOSE DE SOUZA** em posse do(a) Sr(a): **JOSE LUCAS BATISTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

05.802.454/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31 JUL 2019
Rua da Aurora, nº 175 - BA-902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Placa: **0YU3513** (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: **997061413** Chassi: **9C2KC1680ER522547**
 Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO:GASOL**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE LUCAS BATISTA INFORMOU QUE NA MANHÃ DO DIA 25 DE DEZEMBRO DE 2018, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO TRANSITAVA NA RUA SANTA TEREZA, S/N, BAIRRO DE SANTA TEREZA, OLINDA-PE. QUE PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E CAIU NO CHÃO SENDO LESIONADO FISICAMENTE, QUE FOI SOCORRIDO POR UMA UNIDADE DO SAMU PARA A UPA DE OLINDA-PE. SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO.

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

Jose Lucas Batista
JOSE LUCAS BATISTA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **GUSTAVO MORAIS DE MELO** - Matrícula: **273105-3**
 (Liberado em **07/05/2019** às **16:31**)



05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 31.05.19
 Rua da Aurora, 1875, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

07/05/2019 16:24





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 753.919.634-66 4 - Nome completo da vítima: José Lucas Botista

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

5 - Nome completo: José Lucas Botista 6 - CPF: 753.919.634-66
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua Rato Alado 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Itapira 12 - Cidade: Binda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53360-060
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0937 CONTA: 877864
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: 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 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.

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 5.184/74, 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 (ou 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 deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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 293 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 35 - CPF 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: Binda, 31.07.2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Lucas Botista

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FP5.001.V002/2019



Atendimento: 1338395

Senha da Classificação:

0070

Data e Hora: 25/12/2018 09:15

Paciente: 308041 JOSE LUCAS BATISTA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 12/09/1997 Idade: 21 anos Convenio: SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: EDILEUZA ANA BATISTA

Nome do P. I:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PL. ANTONIO TA

CRM:

Endereço: PORTO ALEGRE

11

Bairro: CIDADE TABAJARA

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53360160

Usuário Atendimento: DANIELEMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 85609647

CNH (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Horas: 09:15

Queixa Principal:

Prontidão para o trabalho
Sem dor - A.P. - 7/12/18
0.000.000.000

Exame Físico:

Exame físico normal
0.000.000.000

Hipótese Diagnóstica:

T.C.E. - 6/12/18
Atendimento

Medicamento Terapêutico:

Prescrição Médica:

S. 405 1000 mg
0.000.000.000

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Data:

Assinatura/Médico

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2019

Rua da Aurora, 89-175, 51.902-80
Boa Vista - CEP: 53060-010
RECIFE-PE



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/08/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LUCAS BATISTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000087786-4

Nr. da Autenticação 9114152B738BDB2F



AVENIDA CRUZ CARNEIRA - N.º 1387 - SANTO ANÃO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 3820 021 0155
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014399-2
CNPJ: 09.789.033/0001-64
Qualidade de Água: www.compasa.com.br

Nº Documento: 20190677592385

Escritório: OLINDA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

STILLBORN AND SAVED

R. PORTO ALEGRE, N. 00011 - - CIDADE TRAJANA OLINDA PR 53360-040

INSCRIÇÃO: 096.405.210.0011.000

UNEP-11

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 07755318.5

97755238.5

06/2019-5

CORTADO	POTENCIAL			
MÉDIO MEDIDO				
ÁGUA				
LIT. AMT.				
LIT. ATUAL	CONSUMO: 8			
LIT. VET.				
NÍVEL DO CONSUMO				
REFERÊNCIA/CONSUMO				
04/2018 180	A			
04/2018 180	B			
04/2018 180	C			
04/2018 180	D			
04/2018 180	E			
04/2018 180	F			
04/2018 180	G			
04/2018 180	H			
04/2018 180	I			
04/2018 180	J			
04/2018 180	K			
04/2018 180	L			
04/2018 180	M			
04/2018 180	N			
04/2018 180	O			
04/2018 180	P			
04/2018 180	Q			
04/2018 180	R			
04/2018 180	S			
04/2018 180	T			
04/2018 180	U			
04/2018 180	V			
04/2018 180	W			
04/2018 180	X			
04/2018 180	Y			
04/2018 180	Z			
04/2018 180	AA			
04/2018 180	AB			
04/2018 180	AC			
04/2018 180	AD			
04/2018 180	AE			
04/2018 180	AF			
04/2018 180	AG			
04/2018 180	AH			
04/2018 180	AI			
04/2018 180	AJ			
04/2018 180	AK			
04/2018 180	AL			
04/2018 180	AM			
04/2018 180	AN			
04/2018 180	AO			
04/2018 180	AP			
04/2018 180	AQ			
04/2018 180	AR			
04/2018 180	AS			
04/2018 180	AT			
04/2018 180	AU			
04/2018 180	AV			
04/2018 180	AW			
04/2018 180	AX			
04/2018 180	AY			
04/2018 180	AZ			
04/2018 180	BA			
04/2018 180	BB			
04/2018 180	BC			
04/2018 180	BD			
04/2018 180	BE			
04/2018 180	BF			
04/2018 180	BG			
04/2018 180	BH			
04/2018 180	BI			
04/2018 180	BJ			
04/2018 180	BK			
04/2018 180	BL			
04/2018 180	BM			
04/2018 180	BN			
04/2018 180	BO			
04/2018 180	BP			
04/2018 180	BQ			
04/2018 180	BR			
04/2018 180	BS			
04/2018 180	BT			
04/2018 180	BU			
04/2018 180	BV			
04/2018 180	BW			
04/2018 180	BX			
04/2018 180	BY			
04/2018 180	BZ			
04/2018 180	CA			
04/2018 180	CB			
04/2018 180	CC			
04/2018 180	CD			
04/2018 180	CE			

FE	0.00	1.95	0.00
DOSE	0.00	0.60	0.00

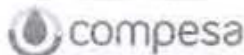
30/07/2019

19.63

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 35 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 1145,09. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A REGULARIZACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

1998年12月15日 星期一

2025/07/26 09:00



ATTENZIONE: 0800-6610195
VIGILANZA: 0800-6610145

29/07/2019

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Arpe Agência de Regulação
de Energia

0800-2813844

07755239.5

06/2015-5

12.63

CÓDIGO DE BARRAS

VIA CONFIDE

82860000000-2 12630018096-9 07755238501-6 06201950003-3



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



26 Via de Futura

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA																					
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005543-93		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/03 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 142 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5591 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0157-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																			
 CELPE www.celpe.com.br																					
DADOS DO CLIENTE MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO R. CPF: 105.893.254-03		<table><tr><td>DATA DE VENCIMENTO</td><td>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</td><td>CONTA CONTRATO</td></tr><tr><td>22/05/2019</td><td>15/05/2019</td><td>007027590778</td></tr><tr><td>TOTAL A PAGAR (R\$)</td><td>DATA DA APRESENTAÇÃO</td><td>Nº DO CLIENTE</td></tr><tr><td>397,86</td><td>15/05/2019</td><td>2016268829</td></tr><tr><td></td><td>NÚMERO DA NOTA FISCAL</td><td>Nº DA INSTALAÇÃO</td></tr><tr><td></td><td>001956265</td><td>0002551186</td></tr></table>		DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO	22/05/2019	15/05/2019	007027590778	TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	397,86	15/05/2019	2016268829		NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO		001956265	0002551186
DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO																			
22/05/2019	15/05/2019	007027590778																			
TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE																			
397,86	15/05/2019	2016268829																			
	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO																			
	001956265	0002551186																			
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA PC FERNANDES VIEIRA 21 B JARDIM ATLÂNTICOLÍNDIA 53140-303 OLINDA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico																			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		RESERVADO AO FISCO 3A30.985E.06D5.DD7E.9A84.4CED.0395.76AD																			

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	462,06	0,78471187	362,53
Acrescimo Bandeira AMARELA			3,37
Contrib. Sico. Pública Municipal			17,46
Multa por atraso-NF 054490502 - 18/03/18			5,11
Juros por atraso-NF 054490502 - 18/03/18			2,43
Atualização IGPM-NP 054490502 - 18/03/18			3,86
TOTAL DA FATURA			397,66

TARIFAS APLICADAS				HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	3.337,26533	MAI 18	00000000000000000000	462	18%
		ABR 18	00000000000000000000	643	
		MAI 18	00000000000000000000	339	
		FEV 18	00000000000000000000	471	
		JAN 18	00000000000000000000	290	
		DEZ 18	00000000000000000000	430	
		NOV 18	00000000000000000000	682	
		OUT 18	00000000000000000000	479	
		SEP 18	00000000000000000000	433	
		AGO 18	00000000000000000000	472	
		JUL 18	00000000000000000000	479	
		JUN 18	00000000000000000000	348	
		MAI 18	00000000000000000000	604	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO							
	99	%					
Satenação de Energia	116,78	23,26					
Transmissão	12,01	2,40					
Distribuição (Cabo)	38,86	7,84					
Energias Locais	19,47	3,92					
Perdas	119,28	23,91					
Perdas de Energia	24,75	5,75					
TOTAL	505,36	100					

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
362,53	25,00	362,53	1,10	4,34	362,53	5,37	12,64

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO BILHETE	TIPO DA FUNCAO	ANTERIOR		ATUAL		NP QUIL	QUANTIDADE	VALOR	CONSUMO ANO
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MP03010	CAT	15/04/2019	41.551,00	16/05/2019	42.000,00	32	1000	400,00	400,00

05.08.2019
TRACAO CAMINHOES E
DE SEGUROS LTDA
31.07.2019

DATA PREVISTA PARA A PROXIMA LEITURA: 15/06/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	COLÍMIO	VALOR APLICADO	VALOR REAL	METAS TRIM.	METAS ANUAIS
mar/2015					
DIO-Ar de foras sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
FIO-Ar de escava sem Energia		0,06	0,04	0,00	0,00
IMH-Duração máxima de interrupção semáforo		0,00	0,00	0,00	0,00
ZICB-Cortejo de Interrupção em dia crítico					
			Limite DIO 0,00		
LUZO-Valor do Cortejo de Luz = R\$ 131,83					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Prezados, eu portei mala pelo o correio. Tive problemas com a entrega. O governo do estado de São Paulo cancelou a entrega / preço pelo seu rastreamento no SEDEX para garantir a entrega. Já tem o problema em www.cetpa.com.br. A data da entrega é amanhã em vigor e a Anatel. Mais informações em www.anatel.gov.br. A partir de 20/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Bateria Tensão e 3,78% para Alta Tensão-REH-3.53519.

O cliente é compensado quando há violação da continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento. Paga-se um abono por multa 20 (R\$414,00/ANTEL). Juros 12,6% (R\$420,00) e atualização monetária no próximo mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para o pedido de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
228	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007027598778	05/2019	397,86	22/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838900000030 978600110072 037595775103 130380802130



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Build your own resume: http://www.resume.com/indiv/_00000000_0/home/1/resume-builder.html?cid=news&via.com.BSCConversaoSender?redidat=us&redidat=us



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914533956000000069344350>
 Número do documento: 20110914533956000000069344350

Num. 70724078 - Pág. 12



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradalider.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 09h às 20h)
Capital e regiões metropolitanas: 0800 022 12 04 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 91 99 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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.ASP?TIPO=1&CODIGO=29638>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ACIDENTE, CAPITALIZAÇÃO E RESSGÃO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Renato Mangabeira dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 055.382.254/37 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Lucas Batista Inscrito (a) no CPF sob o nº 113.919.634/66

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Lucas Batista

Inscrito (a) no CPF sob o nº 113.919.634/66 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Preciso 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:	<u>R. Fernandes Vieira</u>	Número:	<u>21</u>	Complemento:	<u>B</u>
Bairro:	<u>Atlântico</u>	Cidade:	<u>Calinda</u>	Estado:	<u>PE</u>
CEP:				<u>53140-300</u>	
E-mail:	<u>MRASSESSORIAPENDENCIAS@OUTLOOK.COM</u>				
	<u>(81) 3011-3224</u>				

Local e Data: Ubirama, 31. 07. 2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2019

DEZHL 001 V001/2019 da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Atendimento: 1398395

Série da Classificação:

0070

Data e Hora: 28/12/2018 09:12

Paciente: 308041 JOSE LUCAS BATISTA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 12/09/1997 Idade: 21 anos Convênio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: EDILEUZA ANA BATISTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PL NTONII TA

CRM:

Endereço: PORTO ALEGRE

11

Bairro: CIDADE TABAJARA

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53381160

Usuário Atendimento: DANIELEMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 55809547

Certidão de Registro de Nascimento:

NR.

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Horas:

Queixa Principal:

Doença do trato do pulmão
Sintomas: tosse, febre, dor no peito
e mal-estar.

Exame Físico:

Inspeção: sem alterações
Tato: sem alterações
Percussão: sem alterações
Auscultação: sem alterações

História Diagnóstica:

TCC em andamento
Antecedentes: sem alterações

Tratamento Terapêutico:

Prescrição Médica: S. 498 1000 mg
em 12 horas.

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Data:

Carimbo/Médico:

05.802-494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2019

Rua da Aurora, 101, 51.902-80
Boa Vista - CEP: 53060-010
RECIFE-PE



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO C CLASSIFICAÇÃO REDE INUP

Data e hora retirada da senha: 25/12/2018 09:15

Nome Paciente: JOSE LUCAS BATISTA
Cód. Paciente: 308041
Data de Nascimento: 12/09/1997
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: 0070
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 25/12/2018 09:15 - 25/12/2018 09:18

WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5806 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Curt

AMARELO

Queixa Principal:

TRAZIDO SAMU DE OLINDA. CORTE CONTUSO. NARIZ NEGA VOMITO NEGA DESMAM
ESCORIAÇÕES MMSSII POS ACIDENTE DE AUTO

Observação:

USIATT DM - HA - ALERG - SINAIS DE EMBRIAGUES

Fluxograma sintoma:

FERIDAS E ABSCESSOS

Liminador(es):

- FERIDA COM SANGRAMENTO COMPRESSIVEL

Especialidade:

CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 88.00 BPM
- P.A. DIASTOLICA: 90.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2019

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

Acolhido(a) por: WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5806 FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/12/2018 09:18

Página

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Sa no vermelha

Ja no de zero o resto em
B...
... ..

$$3 + 2 + 6 = 11$$

HGT 66.

... ..
... ..
... ..
... ..

- Se não sou-l na ...
→ Sou 50% 15 na ...
... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31 III 7119
Rua da Aurora, 111 175, SL 802 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 70724078

Nome: Jose Lucas Batista

Foi atendido às 11:20 hs, do dia 25, 12, 18

Diagnóstico Provável: Paciente com história
de acidente motociclistico e trauma de
braço fratura em 2014 em
quase 12 anos e motor idoso - acido
preservado

Tratamento Realizado: CD Uniteris
50mg
Prescrita

UPB Resumo de serviços de Referência

Observação: Paciente no Hospital e tratamento
ambulatorial. Prescrita 50mg
em 12/10/18

Cópias de: _____

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM 12747

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Exames, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, seguindo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31.11.2019

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





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

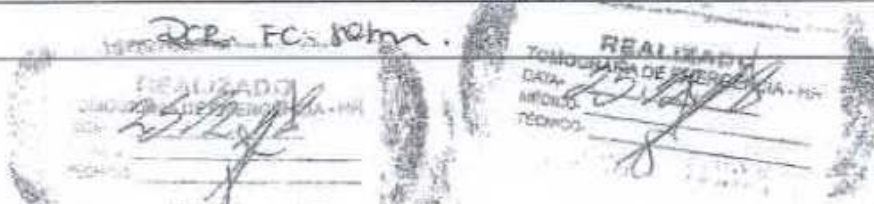
Numero do Registro

1071269 / 032060079

PRV 04.04.2019
ETIQUETA

TE 02060079

1071269		Data e Hora de Atendimento: 25/12/2018 11:20		Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL	
Atendimento Manual :					
Cod. Paciente: 1660948 Paciente: JOSE LUCAS BATISTA					
Data de nascimento: 12/09/1997 Idade: 21a 3m 13d Sexo: MASCULINO					
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: JOSE LUIZ BATISTA					
DOC ID / Data expedição 9112102 / 20-Nov-17		Mãe: EDILEUZA ANA BATISTA Pai: LUIZ ALVES BATISTA		Cartão SUS:	
Endereço: RUA PORTO ALEGRE Bairro: TABAJARA Cidade: OLINDA				Número 11 Complemento: UF: PE Telefone: 984521105	
Ocorrências:					
Motivo do atendimento: QUEDA DE MOTO					
Procedência: UPA OLINDA					
Informações do Serviço Social:					
Confirmação de nome:				Fones:	
Confirmação de endereço:				Assistente Social	
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐					
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐					
Outros ☐					
Observação:				Assistente Social	
História Clínica:					
Queda de moto, alcoolizado, com rebaixamento transitório do nível de consciência. 05.802.494-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 31 JUN 2019 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C Boa Vista - CEP: 50.060-010					
Atendimento Médico					
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐					
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:					
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:					
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Que?					
Exame Físico:					
A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:					
Vias aéreas pervias. Colar cervical @, sem da cervical					
B: Respiratório					
MU @ MU AHTS (PA)					
C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm					
2020 FC 80mm					



D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora			
Escore: _____	Escore: _____	Escore: _____			
ECG 15 - PD = PE = PR ☐					
E: Exposição/Abdômen:					
ABD flexado e insuflado. Escavações em traços, sem evidências de patologias					
Diagnóstico Inicial:				Cod. Procedimento	
TCE leve Politrauma					
Conduta:				Ass. Médico	
sol TC de crânio RX tórax Rx NCR + BMF.					
Evolução de Enfermagem:				Ass. Enfermagem	

Definição do Caso:		Condição de Alta:	
☐ Internamento	☐ Cirurgia	☐ Curado	☒ Melhorado
☐ Óbito	☐ Termo de Alta a Pedido	☐ Inalterado	☐ Piorado
☐ Evadiu-se	☒ Alta	☐ Óbito	

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: Cirurgião de Trauma CRM: _____ Data: 25/12/18 Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 25-Dec-18

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31.11.19
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

25/12/2018 11:15

Nome Paciente: JOSE LUCAS BATISTA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 12/09/1997
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: U0030
Convênio:
Atendimento:

25/12/2018 11:15 - CLAUDECI ALVES DIAS - COREN: 44911 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal:

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO HÁ 3 HORAS. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MMSS, EVOLUI COM OTORRAGIA DESORIENTAÇÃO.

Observação:

SENHA5584283

Fluxograma sintoma:

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es):

- ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 14
- REGUA DE DOR: 7

LS 11-6
11/12/18
queda moto
escoriação e Nega glicose capilar
oxi
Q=15
Respirat E
CT 12/12/18: Sem lesão xct
xct Alfa xct
A-Dave

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31 III 219
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: CLAUDECI ALVES DIAS
Data: 25/12/2018 11:15



Por: 308941 - JOSÉ LUCAS BATISTA

MRB: SCKEIZA ANA BATISTA

1100000



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5584283

Nome do Paciente: JOSÉ LUCAS BATISTA Idade: 21 ANOS

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: TABATINGA

Cidade: OLINDA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo: _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Vítima de queda
de moto por escorregão no piso
de madeira em casa
Hipótese Diagnóstica: HTCC

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Sinais vitais: FR: _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sinais Expiratórios: S () N () BAH: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de pele: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2019

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





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Jose Lucas

EVOLUÇÃO CLÍNICA

25/12/18
13:41

em Geral

Eupneico, corado, hidratado
MUC euc AAT, A/Rs
Abd. flácido
Rx to tor e s/ hemu/ pneumo

cd: ALTA CIR. GORAX

Rogério Ehrhard
CRM-PE 14032
RQE Nº 576

#CTBMF 25/12/18 14:29

Paciente vítima de acidente automobilístico, vindo com a
orientação, agitado, normoventilado, ECG Ry.

Apresenta sinais de trauma no tórax,
lesões no tórax superior, edema e equimose
periférica, DPV e manobras para o tórax, dor no
tórax no tórax inferior, achado normal.

TC de crânio: Fratura de parietal (E)

CD: (1) Realiza exame

(2) Solicito TC de tórax

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2019

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

Em tempo, de de face segue links de
1,206. Tratando a situação. 1,1, m, 900-9123





RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	25/12/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	25/12/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:			
JOSE LUCAS BATISTA			
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:			
Paciente vítima de acidente de trânsito, com fratura de arco zigomático esquerdo C/ afundamento			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):			
Paciente submetido a tratamento conservador - Fratura de arco zigomático C/ afundamento			
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO			
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Paciente C/ fratura C/ afundamento C/ Sx
2º MAXILAR superior, arco zigomático. Paciente
3º C/ arco de fratura no arco zigomático, Paciente
4º C/ TENDÕES FREQUENTES. DOB. CERVICAL
5º DOB. TELA VERDEJA EM FACE superior, cicatrizada. Sgelo 6c9c.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 19/7/2019 A 19/7/2019 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL: DATA: 19/7/2019

2019-0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO


NOME
RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5953233 SDS PE

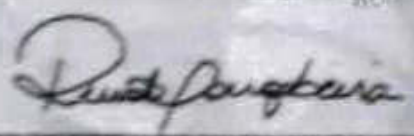
CPF **DATA NASCIMENTO**
055.382.254-37 **08/02/1983**

FILIAÇÃO
CLAUDIO ROBERTO DOS SA
NTOS
TANIA LUCIA MANGABEIRA
DOS SANTOS

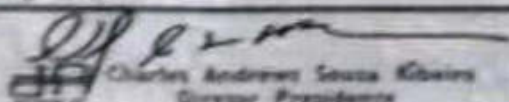
PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
  **AB**

Nº REGISTRO **VALIDADE** **1ª HABILITAÇÃO**
03765010380 **17/12/2020** **11/01/2006**

OBSERVAÇÕES
A
EAR
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31.04.2019
Rua da Aurora, 181-175, 54 902-80, C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
REC-PE

SINCRONIZADO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **DATA EMISSÃO**
OLINDA, PE **15/08/2018**


Charles Anderson Souza Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO DIRETOR

49158148510
PE087419301

PERNAMBUCO

1679922622

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014483657433
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 987061413 R.A. / R.C. 2-***** CIRCUNSCRIÇÃO 2016

NOME GENTILDO JOSE DE SOUZA

QUINDA-PE 0

CPF / CNPJ 010.440.804-22 PLACA OYU2510

PLACA ANT. / LT 9828018002R522547

CHASSI 9828018002R522547

ESPECIE TIPO / COMBUSTÍVEL MOTOCICLETA / ALCOOL / GASOL

ANEXO / MODELO 2014 / 2014

ANEXO / MODELO 2014 / 2014

ANEXO / MODELO 2014 / 2014

ANEXO / MODELO 2014 / 2014

ANEXO / MODELO 2014 / 2014

ANEXO / MODELO 2014 / 2014

ANEXO / MODELO 2014 / 2014

ANEXO / MODELO 2014 / 2014

ANEXO / MODELO 2014 / 2014

ANEXO / MODELO 2014 / 2014

ANEXO / MODELO 2014 / 2014

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014483657433 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

GENTILDO JOSE DE SOUZA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

QUINDA-PE 0

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 24/03/16

VIA 1 CÔD. RENAVAM 987061413 R.A. / R.C. 2-***** CIRCUNSCRIÇÃO 2016

NOME GENTILDO JOSE DE SOUZA

QUINDA-PE 0

CPF / CNPJ 010.440.804-22 PLACA OYU2510

PLACA ANT. / LT 9828018002R522547

CHASSI 9828018002R522547

ESPECIE TIPO / COMBUSTÍVEL MOTOCICLETA / ALCOOL / GASOL

ANEXO / MODELO 2014 / 2014

ANEXO / MODELO 2014 / 2014

ANEXO / MODELO 2014 / 2014

ANEXO / MODELO 2014 / 2014

ANEXO / MODELO 2014 / 2014

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31.11.2019

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190456679 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LUCAS BATISTA **Data do acidente:** 25/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL COM MULTIPLAS FRATURAS DA FACE SEM LESAO NEUROLÓGICA

Descrição do exame físico: ASSIMETRIA FACIAL A ESQUERDA RESIDUAL COM LIMITAÇÃO MÍNIMA DA ABERTURA ORAL

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS COM DISCRETA ASSIMETRIA FACIAL

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/08/2019

Conduta mantida:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: José Lucas Batista
RG/CNH/CTPS: 9.112.10 CPF: 733.919.634-66
End: Rua Porto Alegre, 11 Jataí
Olinda - PE
NATUREZA: Invalidez
DATA DO SINISTRO: 25/02/2018

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS.
RG/CNH/CTPS: 03765010380 CPF: 055.382.254-3
End PRAÇA FERNANDES VIEIRA, 21-B, JARDIM ATLANTICO OLINDA/PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima;

José Lucas Batista, 733.919.634-66

Olinda, 22 de 03 de 2019 de



José Lucas Batista

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2018

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

10 Cartório de Notas de Olinda

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) aposta(s) na presente procuração de

Olinda, 22 de março de 2019, 14h54m.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:53:39



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260687/19

Vítima: JOSE LUCAS BATISTA

CPF: 713.919.634-66

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LUCAS BATISTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS : 055.382.254-37

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE LUCAS BATISTA : 713.919.634-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/07/2019
Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 055.382.254-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Steffany Carolyn Lins Veloso

