



RNS - 04 34.428-S

Diretor: Valéria Andrade  
Márcia de Andrade - Presidente  
01/01/2019 - 2020

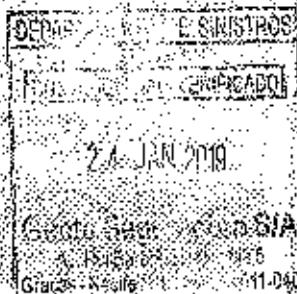
FAC

091236519372015-DRAPE

UNIMED-RECIFE

CORREIOS

VENCIMENTO  
25/12/2019



RAFAEL HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA FERREIRA  
9 BRUNELLE DE MORAIS 409 CASA  
HIPÓDROMO  
RECIFE - PE  
52041-730



1214455621093629000000248910041816



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
<i>09625730435 Lucas Pereira de Souza</i>				
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:	CPF:	Número:	Complemento:
<i>Autônomo</i>	<i>Rua Pandalle</i>	<i>09625730435</i>	<i>84</i>	<i>-</i>
Bairro:	Cidade:	CEP:	Estado:	
<i>Chá de Cruz</i>	<i>Paudalho</i>	<i>55825 000</i>	<i>PE</i>	
E-mail:	Tel. (DDD): <i>(81) 998065340</i>			

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

BANCOS SARCAROS DO BENEFÍCIO ANTES DA INDENIZAÇÃO - AVISAR DE UMA SARCOS DE LIDERS				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: <i>4731</i>	CONTA: <i>11902 5</i>	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO - PRESENTEMENTE 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 <b>(assinalar uma das opções):</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Peço motivo assinalado, só icto 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 validação da existência e quantificação das lesões permanentes de: restos de acidente de trânsito, conforme Lei 9.194/79, art. 3º, §1º, declarando que este autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.				

DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO - PRESENTEMENTE SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (na Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima: _____				
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____				
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando certo, à vista, 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 259 do Código Penal.

Indicação classe da víctima ou beneficiário alfabetizado	Local e Data, _____	TESTEMUNHAS	DEPARTAMENTO DE SINISTROS
	Nome: _____	1º   Nome: _____ CPF: _____	100% DE VERIFICAÇÃO
CPF: _____	2º   Nome: _____ CPF: _____	Assinatura 2019	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO <i>Lucas Pereira de Souza</i> Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Gente Seguradora SIA Av. Rio Branco, 116 Loja 6 Cuiabá-MT - CEP: 78010-040 Assinatura	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APPI001731 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª) LUIS PEREIRA DE SOUSA, 33 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 7399145 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 081.575.334-90, residente à RUA PAULO GUERRA, nº 14, , CHÃ DE CRUZ, PAUDALHO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 03/11/2018, por volta das 05:50 hs, no endereço: ESTRADA DE ALDEIA, S/N, ALDEIA CAMARAGIBE-PE, referente a um(a) QUILDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA HONDA BROS, PRETA, PDD3302-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) LUCAS PEREIRA DE SOUZA, inscrito sob o CPF nº 096.257.304-35 e Registro Geral nº 7032442, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707049-7 ANAILTON. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO DE SÃO LOURENÇO DA MATA. Registrado(a) com o prontuário nº 60795. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPII.

Posição em 19/12/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pr.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001731.

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180  
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

A rectangular stamp with a double-line border. The top line contains the text "U.S. PATENT AND TRADEMARK OFFICE". The bottom line contains the text "CONTINUATION-FILED". In the center, the date "JAN 24 2019" is stamped.

24 JAN 2010

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 25 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190063228**

**Vítima: LUCAS PEREIRA DE SOUSA**

**Data do Acidente: 03/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LUCAS PEREIRA DE SOUSA**

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
<i>09625730435 Lucas Pereira de Souza</i>				
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:	CPF:	Número:	Complemento:
<i>Autônomo</i>	<i>Rua Pandalle</i>	<i>09625730435</i>	<i>84</i>	<i>-</i>
Bairro:	Cidade:	CEP:	Estado:	
<i>Chá de Cruz</i>	<i>Paudalho</i>	<i>55825 000</i>	<i>PE</i>	
E-mail:	Tel. (DDD): <i>(81) 998065340</i>			

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

BANCOS SARCAROS DO BENEFÍCIO ANTES DA INDENIZAÇÃO - AVISAR DE UMA SARCOS DE LIDERS				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: <i>4731</i>	CONTA: <i>11902 5</i>	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMIL - PRESENCEMENTE, 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.

Peço motivo assinalado, sócio 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 validação da existência e quantificação das lesões permanentes de: restos de acidente de trânsito, conforme Lei 9.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO - PRESENCEMENTE, SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (na Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima:				
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____	Vítima deixou Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando certo, à vista, 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 259 do Código Penal.

Indicação classe de vítima ou beneficiário alfabetizado	Local e Data, _____	TESTEMUNHAS	DEPARTAMENTO DE SINISTROS
	Nome: _____	1º   Nome: _____	_____
	CPF: _____	CPF: _____	100% VERIFICADO
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		Assinatura: <i>Lucas Pereira de Souza</i>	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura: <i>Gente Seguradora SIA</i>	
		Assinatura: <i>Av. Rio Branco, 116, Loja 6 Cuiabá - MT - 78010-040</i>	
		Assinatura	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 25 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190063228**

**Vítima:** LUCAS PEREIRA DE SOUSA

**Data do Acidente:** 03/11/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LUCAS PEREIRA DE SOUSA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

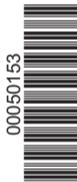
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0058009/19

Número do Sinistro: 3190139101

Vítima: LUCAS PEREIRA DE SOUSA

CPF: 096.257.304-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/11/2018

Titular do CPF: LUCAS PEREIRA DE SOUSA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

LUCAS PEREIRA DE SOUSA : 096.257.304-35

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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: 03/04/2019  
Nome: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA  
CPF: 633.376.654-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

---

SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

---

JULIANA BEZERRA DE LUNA

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** Lucas Pereira de Souza, brasileiro(a), estado civil solteiro, CI/ RG nº 7032442505, CPF/MF sob nº 096.257.304-35, residente e domiciliado à rua Rua Carlos Lacerda, nº 19, Bairro: Crô de Cruz, Cidade: Paudalho, Estado: PE, CEP: 55825 - 000, Telefone: 998065340.

**OUTORGADO(S):** SHEILA DE OLIVEIRA MOURA, brasileira, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 633.376.654-20, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco, Cep.: 52.041-730.

**PODERES:** Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susop, bem como tratar de documentos, concordar ou não com o que se faça necessário junto aos Órgãos de Saúde (Hospitais, Policlínicas e UPA's), bem como aos Órgãos de atendimento Pré-hospitalar (Corpo de Bombeiros e SAMU) do Estado de Pernambuco.

**Obs.:** É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Paudalho, 07 de January de 2018.

Lucas Pereira de Souza  
OUTORGANTE

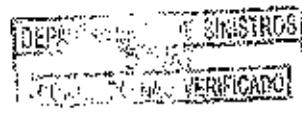
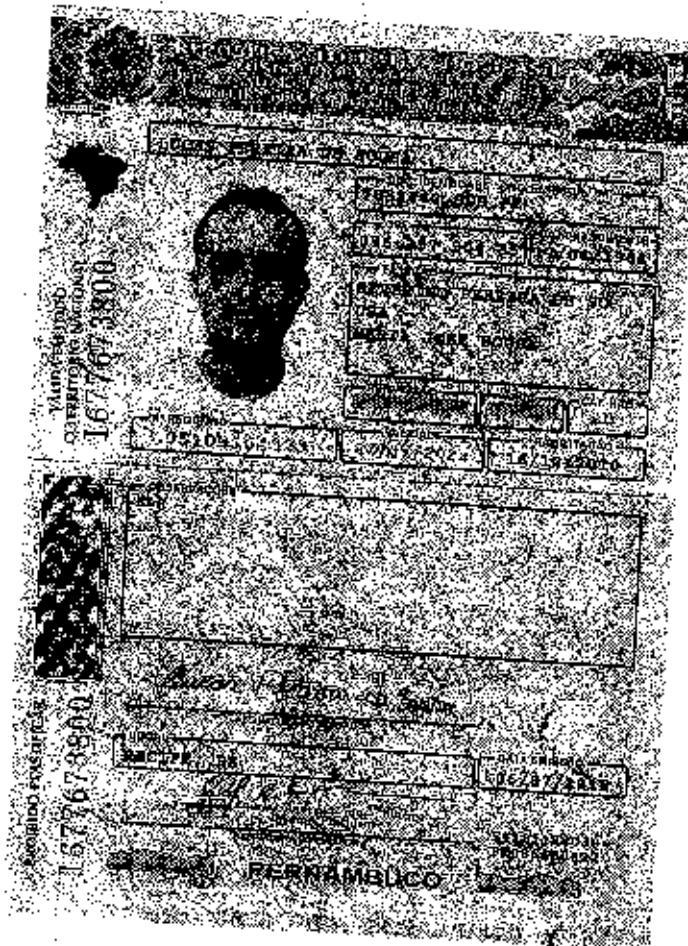
Reconhecer firma por autenticidade

Serviço Notarial de Paudalho - Márcia Machado Coutos - Tabelião Titular  
Rua Graciosa S/ nº - Centro - Paudalho/PE - Cep: 55.825-000 - Fone: (81) 3645-1003 - [www.tabelionato.com.br](http://www.tabelionato.com.br)

Reconhecimento de firma: LUCAS PEREIRA DE SOUSA, que fêz, em Paudalho/PE, 07/01/2019, 13:57, RENATO FELIPE A. DE SANTANA, Escrivente, Zona: 3, 394. TÍTULO: 0,8C/1 PERC: 0,4C ISS: R\$ 10,20. Selo: Digital: 0073940.DUX12201803.00235

Consulte autenticidade em [www.tabelionatodigital.com.br](http://www.tabelionatodigital.com.br).

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTRATO DE VERIFICAÇÃO  
24 JAN 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rio Branco, 78 Loja 5  
Graciosa - Recife - PE - 5211-060



24 JAN 2019

Genie Seguradora S/A  
Av. Ribera del Maipo 216 Laja 5  
2011-040



RNS - 04 34.428-S

Diretor: Valéria Andrade  
Márcia de Andrade - Presidente  
01/01/2019 - 2020

FAC

091236519372015-DRAPE

UNIMED-RECIFE

CORREIOS

VENCIMENTO  
25/12/2019



RAFAEL HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA FERREIRA  
9 BRUNELLE DE MORAIS 409 CASA  
HIPÓDROMO  
RECIFE - PE  
52041-730



1214455621093629000000248910041816

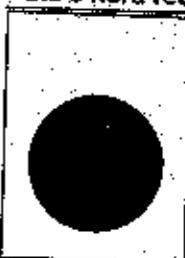


# UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/11/2018 07:50



Nome Paciente: LUCAS PEREIRA DE SOUSA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 17/04/1984  
Sexo: Masculino  
Idade: 34  
Senha: 0032  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 03/11/2018 07:50 - 03/11/2018 07:50

GRACIELLEY MARIA DO MONTE - COREN: 7532 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PÓR BOMBEIROS COM DOR EM MSD E MID, POS ACIDENTE DE MOTO

Observação: ALERGIA:

Fluxograma Sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
SIAVAT  
CORREDORES NÃO VERIFICADOS

24 JAN 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa 715 Loja 5  
Cidade: Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-040

Acolhido(a) por: GRACIELLEY MARIA DO MONTE - COREN: 7532 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 03/11/2018 07:50

Atendimento: 955315

Data e Hora: 03/11/2018 07:13

Especialidade:

Senha da Classificação:

0026

Paciente: 60795 LUCAS PÉREIRA DE SOUSA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 17/04/1984 Idade: 34 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSÉ SOUSA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - CLÍNICO

CRM: 4569

Endereço: PAULO GUERRA

- PAUDALHO 14

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: SAO LOURENCO DA MATA PE

Cep: 54735000

Usuário Atendimento: ADRIANACCC

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 98065340

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## Queixa Principal

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Exame Físico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Hipótese Diagnóstico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Conduta Terapêutica

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Prescrição Médica

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
ENCARREGADO DE SINISTROS  
ENCARREGADO DE SINISTROS

Destino:  Encaminhado ao Ambulatório  Residência

24 JAN 2019

Transferido:

Gente Seguradora S/A

Para:

Senha:

An. Reclamação: 7151086  
Caixa: 00000000000000000000000000000000

Carimbo Médico

Usuário Triagem:



955315

# UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 03/11/2018 06:55

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

	Nome Paciente:	LUCAS PEREIRA DE SOUSA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	17/04/1984
	Sexo:	Masculino
	Idade:	34
	Senha:	0026
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 03/11/2018 07:09 - 03/11/2018 07:12

LUANA DOS SANTOS VIEIRA - COREN: 253219 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	URGÊNCIA: AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	TRAZIDO POR BOMBEIROS..N1196184. REFERE DOR EM MSD E MID, APOS ACIDENTE DE MOTO.
Observação:	DOR MODERADA. AGUARDA A CHEGADA DA ORTOPEDIA. HAS- DM- ALERGIAS-
Fluxograma sintoma:	DOR CERVICAL / DORSAL / LOMBAR / EXTREMIDADES (SEM HISTÓRIA DE TRAUMA)
Discriminador(es):	- LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS/FUNÇÃO
Especialidade:	CLINICA GERAL



Acolhido(a) por: LUANA DOS SANTOS VIEIRA - COREN: 253219 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/11/2018 07:12

718  
35330



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Soué Pereira de Souza,

RG nº 7992176, data de expedição 1/1,

Órgão SDS, portador do CPF nº 09889944456, com  
domicílio na cidade de Paudalho, no Estado de

PA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Paulo Souza, nº 14,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Micos Pereira de Souza cujo o condutor era Luis Pereira de Souza.

Veículo: Moto

Modelo: Honda INTR 160 Bros, Preta

Ano: 2015

Placa: PDD-3302

Chassi: 9L2KD0810PR416413

Data do Acidente:

Local e Data: 03/11/2018

*Assinatura de Luis Pereira de Souza*

Assinatura do Declarante (Soué Pereira)

Luis Pereira de Souza

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

(Luis Pereira)

Serviço Notarial de Paudalho - Mônica Machado Campos - Tabelião Titular

Rua Graciosa Silveira, 66 - Centro - Paudalho/PA - Cep: 65585-000 - Fone: (065) 3636-1024 - [www.servicodenotariado.com.br](http://www.servicodenotariado.com.br)

Reconheço por, AUTENTICIDADE a firma: JOSE PEREIRA DE SOUSA, dou fé, Paudalho/PA, 07/01/2019, 13:50. RENATO FELIPE A. DE SANTANA, Escrivente, Endr: 3.397, TSNA: C.807, FERC: 0.40, ISS: R\$ 0,20, sello: Digital: CC73940.EKQ12201803.CD236

[www.servicodenotariado.com.br](http://www.servicodenotariado.com.br)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

00001

RECONECIMENTO NÃO VERIFICADO

24 JAN 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rio Branco, 713 Loja 5  
Santos - SP - CEP: 14010-040

Serviço Notarial de Paudalho - Mônica Machado Campos - Tabelião Titular

Rua Graciosa Silveira, 66 - Centro - Paudalho/PA - Cep: 65585-000 - Fone: (065) 3636-1024 - [www.servicodenotariado.com.br](http://www.servicodenotariado.com.br)

Reconheço por, AUTENTICIDADE a firma: LUIS PEREIRA DE SOUSA, dou fé, Paudalho/PA, 07/01/2019, 13:50. RENATO FELIPE A. DE SANTANA, Escrivente, Endr: 3.397, TSNA: C.807, FERC: 0.40, ISS: R\$ 0,20, sello: Digital: CC73940.UAL12201803.90237

[www.servicodenotariado.com.br](http://www.servicodenotariado.com.br)

Reconhecer P/ Autenticidade.

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Sheila de Oliveira Mauro, inscrito (a) no CPF/CNPJ 633376654 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Letícia Pereira de Souza, inscrito (a) no CPF sob o N° 096257304 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura Perneílhas da Vítima Letícia Pereira de Souza, inscrito (a) no CPF sob o N° 096257304 / 35, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

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	<u>Rua Presidente de Menezes</u>		Número	<u>409</u>	Complemento	<u>-</u>	
Bairro	<u>Hipódromo</u>	Cidade	<u>Ribeirão Preto</u>	Estado	<u>SP</u>	CEP	<u>14041730</u>
Email					Telefone comercial (DDD)	<u>(16) 30828465</u>	
					Telefone celular (DDD)	<u>(16) 998241730</u>	

DECLARANTE DE SINISTRO

CONTEÚDO DO DOCUMENTO VERIFICADO

21 JAN 2019

Gente Seguradora SIA  
Av. Rubens de Melo, 715, Loja 6  
Cidade: São Paulo - SP - CEP: 05310-040

Sheila de Oliveira Mauro  
Assinatura do Declarante



Vara Social de Braga Pôrto Crie-Protocolo 10-438, de 26/01/2002  
NOTA FISCAL / FATURA / FICHA DE ENTREGA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética do Paraná  
Av. João de Barros, 21 - Centro - Rio das Ostras - CEP 28050-000  
CNPJ 15.952.220/0001-02 | Insc. Estadual 0243-59 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

C. C. VINDIMIERA DE NOUSA

CPF: 288.777.104-82

CLASSIFICAÇÃO:

SE RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Moradia

EMPRESA/PROFISSÃO:

VEREADOR

UF: RIO DE JANEIRO

MUNICIPIO:

RIO DE JANEIRO

CEP: 20000-000

ENDEREÇO:

RUA PAULO GUERRA 14 CS-A

BAIRRO:

CHATADA CRUZADA CR-2

FALDAS JOPE

55825-000

CD/CONTRATO:

00020458704

DATA/VALOR:

09/2018

PERÍODO:

09/2018

VALOR:

18,18

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE

VALOR UNIT.

VALOR TOTAL

Consumo Arroz (000)

Autotoma Bandeira VERMELHA

30,000000

0,00000000

13,59

1,50

TOTAL DA FAIXA DE CONSUMO

DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

VALOR TOTAL

18,18

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

Nº DO RECIBO

TIPO DA FLUXÃO

DATA

LEITURA

DATA

LEITURA

TIPO DE CONSUMO

DATA

ADJUSTE

CONSULTA 2018

18,18

DETALHAMENTO DE DESCONTOS

DETALHAMENTO DE VALORES



RNS - 04 34.428-S

Diretor: Valéria Andrade  
Márcia de Andrade - Presidente  
01/01/2019 - 2020

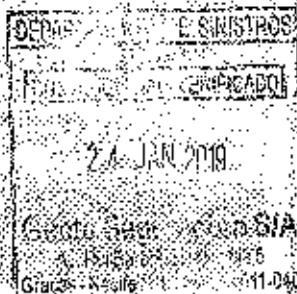
FAC

091236519372015-DRAPE

UNIMED-RECIFE

CORREIOS

VENCIMENTO  
25/12/2019



RAFAEL HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA FERREIRA  
9 BRUNELLE DE MORAIS 409 CASA  
HIPÓDROMO  
RECIFE - PE  
52041-730



121445562109362900000024891004716



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APPI001731 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª) LUIS PEREIRA DE SOUSA, 33 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 7399145 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 081.575.334-90, residente à RUA PAULO GUERRA, nº 14, , CHÃ DE CRUZ, PAUDALHO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 03/11/2018, por volta das 05:50 hs, no endereço: ESTRADA DE ALDEIA, S/N, ALDEIA CAMARAGIBE-PE, referente a um(a) QUILDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA HONDA BROS, PRETA, PDD3302-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) LUCAS PEREIRA DE SOUZA, inscrito sob o CPF nº 096.257.304-35 e Registro Geral nº 7032442, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707049-7 ANAILTON. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO DE SÃO LOURENÇO DA MATA. Registrado(a) com o prontuário nº 60795. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPII.

Posição em 19/12/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pr.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001731.

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180  
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

A rectangular stamp with a double-line border. The top line contains "U.S. PATENT AND TRADEMARK OFFICE". The bottom line contains "CONTINUATION-FILED" above "VERIFIED". In the center, the date "JAN 24 2019" is stamped.

24 JAN 2010

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
		<i>09625730435 Lucas Pereira de Souza</i>	
DEclaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
Nome completo:		CPF:	09625730435
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Autônomo	Rua Pandalle	84	-
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Era de Cruz	Paudalho	PE	55825 000
E-mail:		Tel. (DDD): (81) 998065340	

DADOS CADASTRAIS			
RENDIMENTO DA VÍTIMA (APENAS PARA OS FINS DE PREENCHIMENTO DO PRESENTE FORMULÁRIO - ANEXAR CÓPIA DE DOCUMENTO DE RESIDÊNCIA)			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00	
<b>CONTAS BANCÁRIAS DO BENEFICIÁRIO (ATÉ UM BANCO POR LÍNEA) - ANEXAR CÓPIA DE DOCUMENTO DE RESIDÊNCIA</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA:	4731	CONTA:	11902 5
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
AGÊNCIA:	_____	CONTA:	_____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	

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

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 <b>(assinalar uma das opções):</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Peço motivo assinalado, só cito 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 validação da existência e quantificação das lesões permanentes deca: restes de acidente de trânsito, conforme Lei 9.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que este autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.			

MORTE			
DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima:		Data do óbito da vítima:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (na Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
Grau de Parentesco com a vítima:		Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando certo, à vista, 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 259 do Código Penal.

Indicação de local da vítima ou beneficiário alfabetizado	Local e Data:	TESTEMUNHAS	DEPARTAMENTO DE SINISTROS
	Nome:	1º   Nome: _____ CPF: _____	100% DE VERIFICAÇÃO
	CPF:	2º   Nome: _____ CPF: _____	Assinatura 2019
(*) Assinatura de quem assina A ROGO <i>Lucas Pereira de Souza</i> Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)			
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)	

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

005 8009/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 006ª CIRCUNSCRICAO - CORDEIRO - DP6º CIRCO  
DIM/2ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0096000105

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/01/2019 às 09:22

Complementado pelo BO Número: 19E0096000133

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 6/11/2018 às 07:00**

Fato ocorrido no endereço: ARLINDA LOPES DOS SANTOS - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO /BRASIL-Proximo a MUNICIPIO DE CAMARAGIBE, 01 - Bairro: VILA DA FÁBRICA -  
CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL.  
Local do Fato: NÃO INFORMADO

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
JOSÉ PEREIRA DE SOUSA ( OUTRO )  
LUCAS PEREIRA DE SOUSA ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a); JOSÉ PEREIRA DE SOUSA

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

LUCAS PEREIRA DE SOUSA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mae: MARIA JOSÉ SOUSA Pat: SEVERINO PEREIRA DE SOUSA Data de Nascimento: 17/4/1984 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Residencial: RUA PAUDALHO, Nº 14, CHÁ DE CRUZ, PAUDALHO/PE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

JOSÉ PEREIRA DE SOUSA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

HONDA/NXR-160 PROS, COR PRETA, ANO 2015, PLACA PDD-3302 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a); JOSÉ PEREIRA DE SOUSA, que estava em posse do(a) Sr(a); JOSÉ PEREIRA DE SOUSA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NAO INFORMADO Objeto apreendido: Nao  
Quantidade: 0 (UNIDADE NAO INFORMADA)

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE SEGUIA PELA LOCALIDADE NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/XR 150I  
BROS, COR PRETA, ANO 2015, PLACA PDD-3302, DE PROPRIEDADE DE JOSE PEREIRA DE SOUSA E QUE  
ERA PILOTEADA POR LUIS PEREIRA DE SOUSA QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU EM SUA FRONTE  
VINDO O PILOTO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E CAIR NO CHAO, SENDO SOCORRIDO PELO CBPO  
DE BOMBEIROS E LEVADO PARA O HOSPITAL DE SÃO LOURENÇO DA MATA COMO SEU ATENDIMENTO N°  
035338.

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

*Lucas Pereira de Sousa*  
**LUCAS PEREIRA DE SOUSA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALVARO SOREGO VALENCA JUNIOR** - Matrícula: 272728-5



ASL-0020004510  
Juliana.luna.0007  
15/02/2019 11:51:34

ASL-0020004510  
Juliana.luna.0007  
15/02/2019 11:51:34

497056

0028945 / 19

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ºCIRC**  
**DIM/2ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0096000530**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/01/2019** às **08:23**

Complementa o BO Número: **19E0096000133**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **3/11/2018** às **07:00**

Fato ocorrido no endereço: **ARLINDA LOPES DOS SANTOS - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CAMARAGIBE, 1 - Bairro: VILA DA FÁBRICA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR ) AGENTE  
 JOSÉ PEREIRA DE SOUSA ( OUTRO )  
 LUIS PEREIRA DE SOUSA ( OUTRO )  
 LUCAS PEREIRA DE SOUSA ( VITIMA )

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DDIAT
CONTATO NAO VERIFICADO
24 JAN 2019
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 216 - Loja 6 Greca - Recife - PE CEP: 52019-000

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIS PEREIRA DE SOUSA**

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

**LUCAS PEREIRA DE SOUSA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ SOUSA** Pai: **SEVERINO PEREIRA DE SOUSA** Data de Nascimento: **17/4/1984** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Residencial: **RUA PAUDALHO, Nº 14, CHÁ DE CRUZ, PAUDALHO/PE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**JOSÉ PEREIRA DE SOUSA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**LUIS PEREIRA DE SOUSA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**HONDA/NXR 160 BROS, COR PRETA, ANO 2015, PLACA PDD-3302 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ PEREIRA DE SOUSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIS PEREIRA DE SOUSA**.  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

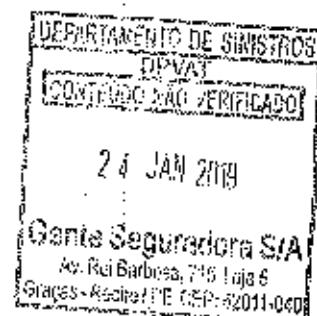
Complemento / Observação

**INFORMA A VITIMA QUE SEGUIA PELA LOCALIDADE NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 BROS, COR PRETA, ANO 2015, PLACA POD-3302, DE PROPRIEDADE DE JOSÉ PEREIRA DE SOUSA E QUE ERA PILOTA POR LUIS PEREIRA DE SOUSA QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU EM SUA FRENTE VINDO O PILOTO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E CAIR NO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS E LEVADO PARA A UPA DE SÃO LOURENÇO DA MATA. CONFORME ATENDIMENTO Nº 955330.**

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

*Lucas Pereira de Souza*  
**LUCAS PEREIRA DE SOUSA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR** - Matrícula: **272728-5**



497056

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC**  
**DIM/2ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0096000133**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/01/2019** às **16:01**

Complementa o BO Número: **19E0096000105**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 6/11/2018 às 07:00**

Fato ocorrido no endereço: **ARLINDA LOPES DOS SANTOS - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CAMARAGIBE, 1 - Bairro: VILA DA FÁBRICA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )**  
**JOSÉ PEREIRA DE SOUSA ( OUTRO )**  
**LUIS PEREIRA DE SOUSA ( OUTRO )**  
**LUCAS PEREIRA DE SOUSA ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIS PEREIRA DE SOUSA**

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

**LUCAS PEREIRA DE SOUSA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ SOUSA** Pai: **SEVERINO PEREIRA DE SOUSA** Data de Nascimento: **17/4/1984** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Residencial: **RUA PAUDALHO, Nº 14, CHÁ DE CRUZ, PAUDALHO/PE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

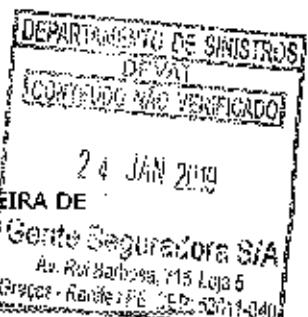
**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**JOSÉ PEREIRA DE SOUSA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**LUIS PEREIRA DE SOUSA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**HONDA/NXR 160 BROS, COR PRETA, ANO 2015, PLACA PDD-3302 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ PEREIRA DE SOUSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIS PEREIRA DE SOUSA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**



Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

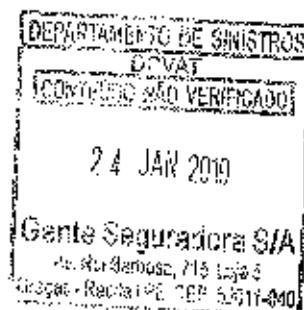
Complemento / Observação

**INFORMA A VITIMA QUE SEGUIA PELA LOCALIDADE NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 BROS, COR PRETA, ANO 2015, PLACA PDD-3302, DE PROPRIEDADE DE JOSE PEREIRA DE SOUSA E QUE ERA PILOTADA POR LUIS PEREIRA DE SOUSA QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU EM SUA FRENT VINDO O PILOTO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E CAIR NO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS E LEVADO PARA A UPA DE SÃO LOURENÇO DA MATA CONFORME ATENDIMENTO N° 955330.**

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

*Lucas Pereira de Sousa*  
LUCAS PEREIRA DE SOUSA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR** - Matrícula: **272728-5**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
<i>09625730435 Lucas Pereira de Souza</i>				
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:	CPF:	Número:	Complemento:
<i>Autônomo</i>	<i>Rua Pandalle</i>	<i>09625730435</i>	<i>84</i>	<i>-</i>
Bairro:	Cidade:	CEP:	Estado:	
<i>Chá de Cruz</i>	<i>Paudalho</i>	<i>55825 000</i>	<i>PE</i>	
E-mail:	Tel. (DDD): <i>(81) 998065340</i>			

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

BANCOS SARCAROS DO BENEFÍCIO ANTES DA INDENIZAÇÃO - AVISAR DE UMA SARCOS DE LIGADA				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: <i>4731</i>	CONTA: <i>11902 5</i>	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMIL - PRESENCEMENTE, 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.

Peço motivo assinalado, sócio 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 validação da existência e quantificação das lesões permanentes deca: restes de acidente de trânsito, conforme Lei 9.194/74, art. 3º, §1º, declarando que este autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO - PRESENCEMENTE, SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (na Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima:				
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____	Vítima deixou Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando certo, à vista, 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 259 do Código Penal.

Indicação classe de víctima ou beneficiário alfabetizado	Local e Data, _____	TESTEMUNHAS	DEPARTAMENTO DE SINISTROS
	Nome: _____	1º   Nome: _____	_____
	CPF: _____	CPF: _____	_____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		Assinatura: <i>Lucas Pereira de Souza</i>	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura: <i>Gente Seguradora SIA</i>	
		Assinatura: <i>Av. Rio Branco, 116, Loja 6 Cuiabá - MT - 78010-040</i>	
		Assinatura: _____	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

**09625730435 Lucas Pereira de Souza**

Nome completo:

**Lucas Pereira de Souza**

CPF: **09625730435**

Profissão: **Autorescrevo**

Endereço:

**Rua Paulo Guedes**

Número: **84**

Complemento:

Bairro: **Ena de Cruz**

Cidade:

**Pau das Almas**

Estado:

**PE**

CEP: **55825-000**

E-mail:

Tel. (DDD): **(81) 2998065340**

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDIMENTO MENSAL:**

RECUZO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

**VALORES BANCÁRIOS DA VÍTIMA/ BENEFICIÁRIO IDENTIFICADO - ASSINAR UMA OPÇÃO DE CONTA**

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

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **4739**

CONTA: **55900**

(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 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.

**DECLARAÇÃO DE AUSENÇA DE IMI - BLOQUEAMENTO COMPLETO SOMENTE PARA OBTENÇÃO 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 atende 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 da pedida;

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 sujeitar à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, ficando 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 AUSENÇA DE IMI - BLOQUEAMENTO COMPLETO SOMENTE PARA OBTENÇÃO DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado/Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)?  Sim  Não 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 259 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Recife, 02/04/2019**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*): A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cl檌cia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** Lucas Pereira de Souza, brasileiro(a), estado civil solteiro, CI/ RG nº 7032442505, CPF/MF sob nº 096.257.304-35, residente e domiciliado à rua Rua Carlos Lacerda, nº 19, Bairro: Crô de Cruz, Cidade: Paudalho, Estado: PE, CEP: 55825 - 000, Telefone: 998065340.

**OUTORGADO(S):** SHEILA DE OLIVEIRA MOURA, brasileira, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 633.376.654-20, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco, Cep.: 52.041-730.

**PODERES:** Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susop, bem como tratar de documentos, concordar ou não com o que se faça necessário junto aos Órgãos de Saúde (Hospitais, Policlínicas e UPA's), bem como aos Órgãos de atendimento Pré-hospitalar (Corpo de Bombeiros e SAMU) do Estado de Pernambuco.

**Obs.:** É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Paudalho, 07 de January de 2018.

Lucas Pereira de Souza  
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

Serviço Notarial de Paudalho - Márcia Machado Coutos - Tabelião Titular  
Rua Graciosa S/ nº - Centro - Paudalho/PE - Cep: 55.825-000 - Fone: (81) 3645-1003 - [www.tabelionato.com.br](http://www.tabelionato.com.br)

Reconhecimento de firma: LUCAS PEREIRA DE SOUSA, que fêz, em Paudalho/PE, 07/01/2019, 13:57, RENATO FELIPE A. DE SANTANA, Escrivente, Zona: 3, 394. TÍTULO: 0,8C/1 PERC: 0,4C ISS: R\$ 10,20. Selo: Digital: 0073940.DUX12201803.00235

Consulte autenticidade em [www.tabelionatodigital.com.br](http://www.tabelionatodigital.com.br).

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	CONTRATO DE VERIFICAÇÃO
24 JAN 2019	
Gente Seguradora S/A	
Av. Rio Branco, 715 Loja 5	
Graciosa - Recife - PE - 5211-060	

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190063228      **Cidade:** Camaragibe      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCAS PEREIRA DE SOUSA      **Data do acidente:** 03/11/2018      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/02/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 3º METATARSO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Sheila de Oliveira Mauro, inscrito (a) no CPF/CNPJ 633376654 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Letícia Pereira de Souza, inscrito (a) no CPF sob o N° 096257304 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura Perneílhas da Vítima Letícia Pereira de Souza, inscrito (a) no CPF sob o N° 096257304 / 35, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

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	<u>Rua Presidente de Menezes</u>		Número	<u>409</u>	Complemento	<u>-</u>	
Bairro	<u>Hipódromo</u>	Cidade	<u>Ribeirão Preto</u>	Estado	<u>SP</u>	CEP	<u>14041730</u>
Email			Telefone comercial (DDD)	(81) 30828465			Telefone celular (DDD)
						RECEBIMENTO DE SINISTRO	
						DATA DE CADASTRO	
						DATA DE VERIFICAÇÃO	

Ribeirão Preto, 08 de Janeiro de 2019  
Local e Data

21 JAN 2019

Gente Seguradora SIA  
Av. Rubens de Melo, 715, Loja 6  
Cidade: Ribeirão Preto - SP - CEP: 14041-040

Assinatura do Declarante

Sheila de Oliveira Mauro

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Soué Pereira de Souza,

RG nº 7992176, data de expedição 1/1,

Órgão SDS, portador do CPF nº 09889944456, com  
domicílio na cidade de Paudalho, no Estado de

PA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Paulo Souza, nº 14,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Micos Pereira de Souza cujo o condutor era Luis Pereira de Souza.

Veículo: Moto

Modelo: Honda INTR 160 Bros, Preta

Ano: 2015

Placa: PDD-3302

Chassi: 9L2KD0810PR416413

Data do Acidente:

Local e Data: 03/11/2018

\* Micos Pereira de Souza  
Assinatura do Declarante (Soué Pereira)

Luis Pereira de Souza

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

( Luis Pereira )

Serviço Notarial de Paudalho - Mônica Machado Campos - Tabelião Titular  
Rua Graciosa Silveira, 66 - Centro - Paudalho/PA - Cep: 65.835-000 - Fone: (065) 3636-1024 - [www.tabelionatual.com.br](http://www.tabelionatual.com.br)

Reconheço por, AUTENTICIDADE a firma: JOSE PEREIRA DE SOUSA, dou fé, Paudalho/PA, 07/01/2019, 13:50. RENATO FELIPE A. DE SANTANA, Escrivente, Endr: 3.397, TSNA: C.807, FERC: 0.40, ISS: R\$ 0,20, sello: Digital  
CC73940.EKQ12201803.CD236

Consulte online através de [www.tabelionatual.com.br](http://www.tabelionatual.com.br)

Serviço Notarial de Paudalho - Mônica Machado Campos - Tabelião Titular  
Rua Graciosa Silveira, 66 - Centro - Paudalho/PA - Cep: 65.835-000 - Fone: (065) 3636-1024 - [www.tabelionatual.com.br](http://www.tabelionatual.com.br)

Reconheço por, AUTENTICIDADE a firma: LUIS PEREIRA DE SOUSA, dou fé, Paudalho/PA, 07/01/2019, 13:50. RENATO FELIPE A. DE SANTANA, Escrivente, Endr: 3.397, TSNA: C.807, FERC: 0.40, ISS: R\$ 0,20, sello: Digital  
CC73940.UAL12201803.90237

Consulte online através de [www.tabelionatual.com.br](http://www.tabelionatual.com.br)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

0/0/0

RECONHECIMENTO VERIFICADO

24 JAN 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rio Branco, 713 Loja 5  
Santos - SP - CEP: 14010-040

Reconhecer P/ Autenticidade.