

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, 02 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190403787**

**Vítima:** LUCIVALDO JOSE ALVES

**Data do Acidente:** 01/04/2019

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LUCIVALDO JOSE ALVES**

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

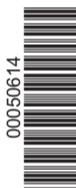
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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, 02 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190403787**      **Vítima: LUCIVALDO JOSE ALVES**

**Data do Acidente: 01/04/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

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

**Senhor(a), LUCIVALDO JOSE ALVES**

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



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, 16 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190403787**

**Vítima: LUCIVALDO JOSE ALVES**

**Data do Acidente: 01/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), LUCIVALDO JOSE ALVES**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

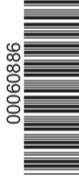
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 15/05/2019, emitido pelo Dr. NILTON PEREIRA DE BARROS CRM nº 10660 - PE, da Instituição HOSPITAL REGIONAL DO AGreste, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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:

10939516489

Nome completo da vítima:

LUCIVALDO JOSE ALVES

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

Nome completo:

LUCIVALDO JOSE ALVES

Profissão:

REC. INF

Endereço:

RUA VILA DOS ABRIGO

Bairro:

CENTRD

Cidade:

SAO CAETANO

Estado:

PE

E-mail:

CPF:  
10939516489Número:  
SINComplemento:  
CASACEP:  
55130 000Tel.(DDD):  
181 97009998

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237)       Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)       Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1890

CONTA: 13541 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, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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 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 do pedido.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA 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: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai 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 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, SAD CAETANO/PE 26/06/2019

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucivaldo José Alves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: 07 JUL 2019

CPF: 07

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

532063

0219468/1

ASL-0219468/19  
marta.santos  
24/08/2020 14:35:44  
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 108ª CIRCUNSCRICAO - SÃO CAETANO  
DP108ª CIRC DINTER1/16ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0198000516

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/05/2019 às 12:45

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
que aconteceu no dia 14/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SÃO CAETANO, 01, PRÓXIMO A FAZENDA DO DOUTOR HORÁCIO - Bairro: CENTRO - SÃO CAETANO/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VULGO ALEMÃO (AUTOR / AGENTE )  
LUCIVALDO JOSÉ ALVES (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
LUCIVALDO JOSÉ ALVES

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

LUCIVALDO JOSÉ ALVES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EDILEUZA MARIA ALVES Pai: JOSÉ LUIZ ALVES Data de Nascimento: 28/10/1987 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 102773338/SDS/PE (RG) Profissão: AGRICULTOR(A)  
Telefones Celulares:  
- 883175818

Endereço Residencial: RUA ARRIGO, 274 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SÃO CAETANO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA PLACA PDM 0031 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LUCIVALDO JOSÉ ALVES, que estava em posse do(a) Sr(a): LUCIVALDO JOSÉ ALVES

01 JUL. 2019

Categoría/Marca/Modelo: MOTOCICLETA SHINERAY XY 50 Q 2 Objeto apreendido: Não  
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

**Placa: PDH-0031 (PERNAMBUCO/SAO CAETANO) Renavam: 197966588 Chassi:  
LXYXCBL94D9478673  
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Combustível: GASOLINA**

#### **Complemento / Observação**

A PESSOA DE LUCIVALDO COMPARCEU NESTA UNIDADE POLICIAL INFORMANDO SER VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. RELATOU O MESMO QUE TRAFEGAVA PELA ZONA RURAL DESTE MUNICÍPIO, PRÓXIMO A FAZENDA DO DOUTOR HORÁCIO, QUANDO COLIDIU, NA CURVA, COM OUTRA MOTOCICLETA. AINDA CONFORME O MESMO, O OUTRO CONDUTOR NÃO SOFREU NENHUMA LESÃO E FOI O MESMO QUIEM O SOCORREU PARA HOSPITAL LOCAL.

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

**X** Lucivaldo José Alves  
LUCIVALDO JOSÉ ALVES  
(VITIMA)

B.O. registrado por: VALTERLIMES Ribeiro de ARAUJO - Matrícula: 319813-8

ASL-0219468/19  
Marta Santos  
24/08/2020 01 JUL. 2019 14:35:44  
GOMES, CARLOS G.  
Av. das Estrelas, n° 123 - 10855-  
Graciosa - Rio de Janeiro - RJ - Brasil



# 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:

10939516489

Nome completo da vítima:

LUCIVALDO JOSE ALVES

CPF:  
10939516489Número:  
SINComplemento:  
CASA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP NP 445/2012

Nome completo:

LUCIVALDO JOSE ALVES

Profissão:

REC. INF

Endereço:

RUA VILA DOS ABRIGO

Bairro:

CENTRO

Cidade:

SAO CAETANO

Estado:

PT

E-mail:

CEP:

55130 000

Tel.(DDD):

(151) 97009999

DADOS CADASTRAIS

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

**RENDIMENTO:**

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

DADOS CADASTRAIS

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

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1890

CONTA: 13541

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, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

## 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 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 do pedido.

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

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA 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: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avôs 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 proverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, SÃO CAETANO/PE 26/06/2019

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucivaldo José Alves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: 01 JUL 2019

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)





# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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>2</sup>.

<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 ADRIANA MORAES FERNANDES inscrito (a) no CPF 945284444,04,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUCIVALDO JOSE ALVES inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 10939516489, do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDEZ da Vítima  
LUCIVALDO JOSE ALVES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 10939516489, 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 JOAO BASTIA</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>		Estado <u>PE</u>	CEP <u>55790 000</u>
Email <u>afsegunes1994@yahoo.com.br</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(81) 813350222</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 97001998</u>	

SURUBIM/PE, 27 de JUNHO de 2019  
Local e Data

Adriana M. Moura de A. Fernandes  
Assinatura do Declarante

01 JUL. 2019

Gentil  
- M. Rio Branco  
Graça - Rio Branco

0219468/19

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ LUIZ ALVES

RG nº 6177830, data de expedição 01/09/1998

Órgão SDS, portador do CPF nº 657 290 804 68, com domicílio na cidade de SAO CAETANO, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA VILA DO ABRIGO, nº 274,

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 LUCIVALDO JOSE ALVES, cujo o condutor era LUCIVALDO JOSE ALVES.

Veículo: **MOTOCICLETA**

Modelo: **1/ SHINERAY XY - 50 Q**

Ano: **2013**

Placa: **PDN0031**

Chassi: **LXYXCBLo4D0476673**

Data do Acidente: **03/04/2019**

Local e Data: **SAO CAETANO / PE 29/07/19**

xof032 Luiz Alves

Assinatura do Declarante

Lucivaldo José Alves

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



### CARTÓRIO ÚNICO DE SÃO CAETANO

CELEMA CELIA DE LIMA CAVALCANTI - TABELIÃ  
Rua Olímpio Santino, 22 centro, CEP 55130-060 - Telefone: (81) 3736.1214  
Reconheço Por Autenticidade a Firma de: José Luiz Alves, dou  
fá, São Caetano/PE. Selo: 0076968.ZJK07201901.00674  
29/07/2019. Em test  da verdade. SIRLEY   
EMMANUELY DA SILVA - Encarregado Substituta Emol.:  
R\$ 3,51 - TSNR: R\$ 0,60 - FERC: R\$ 0,40, FERM 0,04,  
FUNSEG 0,08

Selo: 0076968.ZJK07201901.00674

Consulta Autenticidade no site: [www.cartoriounico.sao-caetano.pe.br](http://www.cartoriounico.sao-caetano.pe.br)



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

**RELATÓRIO OPERATÓRIO**

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: LUCIVALDO JOSÉ ALVES	Nº Registro: 336247
Clinica: ORTOPEDIA	Nº do leito:
Operador: DR. GUSTAVO LIBÓRIO	
1º Assistente:	2º Assistente:
Instrumentador:	Anestesista:
Anestesia: RAQUIANESTESIA	Duração:
Data da Operação: 01/04/2019	Início: Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE PE ESQ

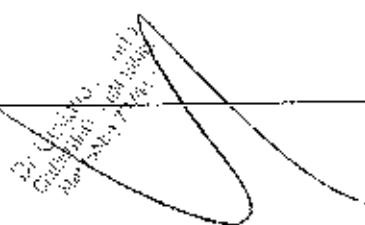
Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA PE ESQ

Operação Realizada: A MESMA

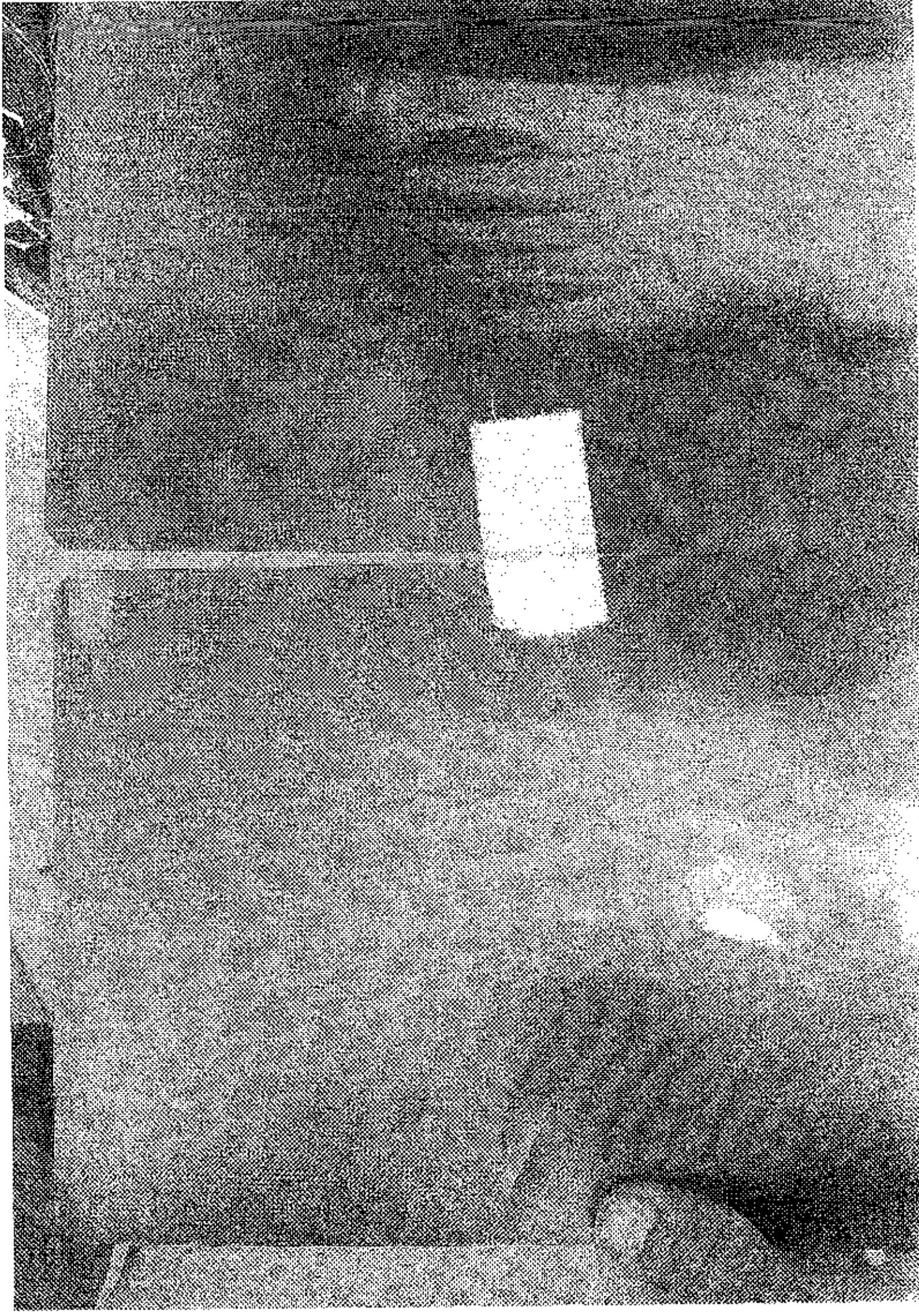
**DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. LAVAGEM EXAUSTRIVA COM SFO,9%
4. VISUALIZADO GRANDE FERIMENTO EM PÉ ESQ
5. SUTURA DA PELE COM NYLON 3.0 PARA APROXIMAÇÃO DOS BORDOS DA FERIDA
6. CURATIVO
7. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA



U.S. GOVERNMENT  
336-244

O/104/46  
③



**Hospital Municipal  
Adolfo Pereira Carneiro  
São Caetano - PE**



Registro: 254015 SUS: 702.8021.9729.5563

01/04/2019 - 14:26:55

Nome: LUCIVALDO JOSE ALVES

Idade: 21a Data de Nascimento: 28/10/1997

Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro(a)

CPF: . . .

RG: 10272330 SDS PE

Filiação - Mãe: EDILEUZA MARIA ALVES

Pai: JOSE LUIZ ALVES

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: RUA DO ABRIGO, 274 - UBS 7

Cidade: SÃO CAETANO - PE

Trazido Por: O MESMO

Recepção: THIAGO

Médico: FRANCISCO E JOSE CARLOS

Enfermeiro: LETÍCIA E JANYELLE - TÉC - VIVIAN E LÍBINA

**CARTÓRIO ÚNICO DE SÃO CAETANO**

CELINE CELIA DE LIMA CAVALCANTI - TABELIÃA  
Rua Olímpio Santino, 22 centro, CEP 55130-060 - Telefone: (81) 3736.1214

Conferi esta conforme o original que me foi apresentando. Dou fé. São Caetano/PE,  
30/05/2019. Em test da verdade. Sirley  
Emmanuely da Silva - Escrivane Substituta  
Emol: R\$ 3,00 - TSNR: R\$ 0,68 - FERC: R\$  
0,34, FERM 0,03, FUNSEG 0,07  
Selos: 0076968.GQZ04201902.021368. Sirley,



História do Doente Atual:

Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Provisório:

01 JUL. 2019

Gabinete Odontológico Dr. Francisco Cavalcanti  
Av. Rio Branco, nº 73 - 1º andar  
Gravatá - Recife / PE - CEP: 54110-000



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o paciente **Sr(a) Lucivaldo José Alves**, esteve nesta unidade de Saúde no dia **01/04/2019** a **04/04/2019**. Registro: **33.6247**

**OBS:** Vítima de acidente de Trânsito..

Atenciosamente;

Caruaru, 17 de Junho 2019

109.794.975/0269-27  
PUSAM - Hospital Regional do Agreste  
Br. 232, Km. 130  
Indianópolis - CEP 55000-000  
Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)

01 JUL. 2019

Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco  
Av. Barbosa de Melo, 1111 - Centro  
Cidade de Recife - PE - CEP 50020-100

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA

HRa

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: LUCIVALDO JOSE ALVES

Data Nasc.: 28/10/1997

Idade: 21

Sexo:

MASCULINO

CPF:

RG: 10272930

Endereço: RUA DO ABRIGO

Bairro: CABUGA

CEP: 55130000

Fone: 993175818

Nome da Mae: EDILEUZA MARIA ALVES

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 497417

Prontuario: 336247

Cor: PARDA

Religiao:

CNS: 702802197295563

Nº: 274

Estado: PE

Profissao: ACCOUGUI-HIRO

2 - ATENDIMENTO

Data: 01/04/2019 16:32

Medico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Fisico:

PA:

FC:

FR:

Diag. Provisorio:

Prescrição:

Dieta:

Horario

Data



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATORÍO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: LUCIVIA DO JOSÉ ALVES

Nº Registro: 336247

Clinica: ORTOPEDIA

Nº da leito:

Operador: DR. GUSTAVO LIBORIO

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Duração:

Data da Operação: 01/04/2019

Inicio:

Termino:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE PÉ ESQ.

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA PE ESQ.

Operação Realizada: A MESMA

DESCRICAÇÃO DO ATO OPERATORÍO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERELIS
3. LAVAGEM EXAUXTIVA COM SFO 9%
4. VISUALIZADO GRANDE FERIMENTO EM PÉ ESQ
5. SUTURA DA PELÉ COM NYLON 3.0 PARA APROXIMAÇÃO DOS BORDOS DA FERIDA
6. CURATIVO
7. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

01 JUL 2010

RECEITUÁRIO

Unidade: Luminaldo José Neto  
Nome: \_\_\_\_\_  
Registro N°: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_

Aincidente de moto - 8/10  
em 01/04/2019. Foi  
est. E. L-111  
cunha. A.C +3  
amb. em 15/04/2019

Dr. Nilton Pereira de Barros  
CRM: 10660

15/04/2019

Data: \_\_\_\_\_

Médico - CRM

O primeiro Cigarrinho é uma passagem para o vício  
Eielda Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

01 JUL. 2019

Geraldo Domingos da Silva  
Av. Rui Barbosa, n° 70 - Centro  
Graças - Recife - PE - CEP 50.110-144

# Hospital Municipal Adolpho Pereira Carneiro



ASL-0219468/19  
marta.santos  
24/08/2020 14:36:03

ASL-0219468/19  
marta.santos  
24/08/2020 14:36:03

## DECLARAÇÃO

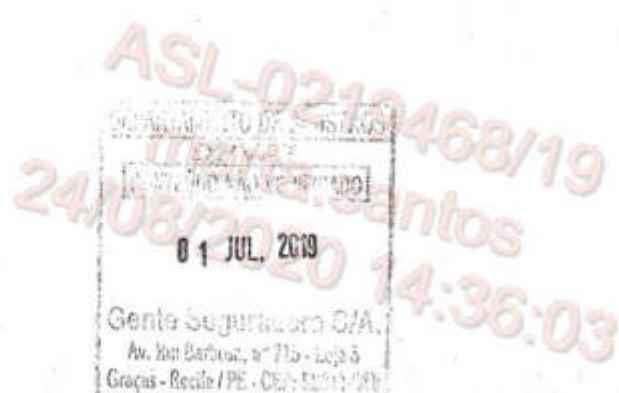
Declaro para os devidos fins que, o Sr. LUCIVALDO JOSÉ ALVES, solteiro, agricultor, portador de RG nº 10.272.330 SDS/PE e CPF nº 109.395.164-89, filho de José Luiz Alves e Edileuza Maria Alves , residente e domiciliado na Rua do Abrigo, nº 74, neste Município, deu entrada nesta Unidade de Saúde no setor de urgência em 01/04/2019, vítima de acidente de moto, o mesmo foi atendido, medicado e transferido para o Hospital Regional do Agreste (HRA) em Caruaru/PE, conforme decisão médica.

Enfatizo ainda que, junto a esta declaração segue em anexo a cópia da Ficha autenticada do Atendimento do paciente referente ao procedimento supramencionado.

Estando o documento original do mesmo em nosso arquivo a disposição de qualquer esclarecimento que por ventura se faça necessário.

São Caetano, 30 de maio de 2019.

Gilsa Cintra Gomes  
Agente administrativo





ASL-0219468/19  
marta.santos  
24/08/2020 14:37:09

01 JUL. 2019  
Geral  
Av. Rio Branco, nº 111  
Gracis - Belo Horizonte - MG

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

109.395.164-89

Nome:

LUCIVALDO JOSE ALVES

Nascimento:

28/10/1997

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

CA7D.99BC.D7C0.AFD5

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:28:04 do dia 18/11/2015 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

ASL-0219468/19  
marta.santos  
24/08/2020 14:37:09

01 JUL. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETAN - PE N° 014357900685  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RINTRC	EXERCÍCIO
1	1070569580		2019

JOSE LUIZ ALVES  
NOME

SÃO GATTANO - PE

CPF/CNPJ	PLACA
657.259-804-66	PDN0031

PLACA ANT/OF	CHASSI
*****	LXYNCB164D0476573

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS CICLOOMOTOR	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
I / SHINERAY XY 50 Q	2013	2012

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
29 / 49 CL	PARTIC	BRANCA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
I P V A 2019 QUITADO		1 <sup>a</sup> *****

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2 <sup>a</sup> *****
A		3 <sup>a</sup> *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
15,43	0,07	19,55	18/02/19

OBSERVAÇÕES:  
SEM RESERVA

*Roberto f. S. J. Alves*

LOCAL

DATA

SÃO GATTANO - PE 25/02/19

Eletrônico - Carlos Moreira Fontelles  
INTERNO APPARELHO DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PE N° 014357900685 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE LUIZ ALVES

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1070569580		2019	25/02/19

RENAVAM	MARCA / MODELO
1070569580	I / SHINERAY XY 50 Q

ANO FAB.	DE IMP.	Nº CHASSI
2013	06	LXYNCB164D0476573

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
15,43	0,11	19,55

VALOR DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
19,55	0,07	19,55

<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	PAGAMENTO:	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
			18/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

JAN-2019

18-JUN-2019 09:54:00 - BILHETE DE SEGURO DPVAT  
ESTE NÃO É UM FORMATO FISCALIZADO

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37:21

24/08/2020 14:37

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190403787      **Cidade:** São Caetano      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIVALDO JOSE ALVES      **Data do acidente:** 01/04/2019      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 15/08/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM E SUTURA) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8188 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3190403787**

Data da solicitação: **24/08/2020**  
CONFIRMADA

Nome do beneficiário: **LUCIVALDO JOSE ALVES**

CPF do beneficiário: **109.395.164-89**

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: **(81) 99700-1998** Tel. Comercial: **(...)** Tel. Residencial: **(...)**

E-mail: **lucivaldo.alves@bol.com.br**

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA  DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO  DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANALISE?

NÃO

SIM, informe qual(s) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: **DOC: STM/DEM + DOC. COMPLEMENTAR**  
[DESCRIVER]

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito que seja reanalisado o valor, pois os documentos apresentados evidenciam a pequena, não foi submetido o parecer médica para ser verificado a pequena e não foi liberado o valor a que tenho direito.

Local e Data

**Santos, 24/08/2020.**

**Adriana M. M. de A. Fernandes**

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado precisa escrever círculos de sua finalidade, alfabetizará, notar e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

Rua Olímpio Santana, 22 centro. CEP 56130-060 - Telefone: (81) 3736.6214  
Reconheço Por Autenticidade a firma de: LUCIVALDO JOSE ALVES/  
dou fá Selo: 0076968.EB006201901.00282.  
São Caetano/PE, 07/06/2019. Em test ~~00~~ dia  
verdade. CELINA CELIA LEAL CAVALCANTI - OFICIAL  
SUBSTITUTA Emol.: R\$ 3,51 - TETR: R\$ 0,00 - FERC:  
R\$ 0,40, FERMI 0,04, FUNSEG 0,08

Selo: 0076968.EB006201901.00282  
Consulta Autenticidade: [www.dpf.gov.br](http://www.dpf.gov.br)



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

NOME: LUCIVALDO JOSE ALVES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 10.272.330 SDS/PE - CPF 109.395.164-89
DATA DO ACIDENTE: 01/04/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: LUCIVALDO JOSE ALVES
ENDEREÇO: RUA VILA DO ABRIGO, S/N, CENTRO, SÃO CAETANO – PE

### OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

SÃO CAETANO- PE 06 DE JUNHO 2019



01 JUL 2019



Lucivaldo José Alves

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Rua Olímpio Santino, 22 centro, CEP 55130-060 - Telefone: (81) 3736.1214  
 Reconheço Por Autenticidade a firma de: LUCIVALDO JOSE ALVES;  
 dou fé SELO: 0076968.EBJ06201901.00282.  
 São Caetano/PE, 07/06/2019. Em testemunha da  
 verdade. CELINA CELIA LEAL CAVALCANTI - OFICIAL  
 SUBSTITUTA Emol.: R\$ 3,51 - TSNR: R\$ 0,60 - FERC:  
 R\$ 0,40, FERM 0,04, FUNSEG 0,08  
 Selo: 0076968.EBJ06201901.00282  
 Consulte Autenticidade em: [www.tabelionaticado.com.br](http://www.tabelionaticado.com.br)

ASL-0219468/19  
marta.santos  
24/08/2020 14:38:02  
**PROCURAÇÃO****OUTORGANTE**

NOME: LUCIVALDO JOSE ALVES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 10.272.330 SDS/PE - CPF 109.395.164-89
DATA DO ACIDENTE: 01/04/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: LUCIVALDO JOSE ALVES
ENDEREÇO: RUA VILA DO ABRIGO, S/N, CENTRO, SÃO CAETANO – PE

**OUTORGADO**

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

ASL-0219468/19  
marta.santos  
24/08/2020 14:38:02  
SÃO CAETANO- PE 06 DE JUNHO 2019

**ASSINATURA DO OUTORGANTE**

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219468/19

Número do Sinistro: 3190403787

Vítima: LUCIVALDO JOSE ALVES

Data do acidente: 01/04/2019

CPF: 109.395.164-89

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIVALDO JOSE ALVES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 12/08/2019

Data do cadastramento: 12/08/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237416/20

**Vítima:** LUCIVALDO JOSE ALVES

**CPF:** 109.395.164-89

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/04/2019

**Titular do CPF:** LUCIVALDO JOSE ALVES

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04**

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

**LUCIVALDO JOSE ALVES : 109.395.164-89**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 24/08/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 24/08/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos