



Número: **0058735-91.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCIVALDO JOSE ALVES (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71930741	02/12/2020 11:24	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.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

Pag. 01227/01228 - carta_03 - INVALIDEZ

00000614



Carta nº 14512543





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

Rio de Janeiro, 02 de 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

Carta nº 14514901

Pag. 0081/00062 - carta_01 - INVALIDEZ

00020201





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.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

Pag. 0177101772- carta_31 - INVALIDEZ

00000006



Carta nº 14718017





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (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 SUSP. Nº 445/2012

Nome completo: LUCIVALDO JOSE ALVES CPF: 10939516489

Profissão: REC-INF Endereço: RUA VILA DOS ABRIGO Número: SIN Complemento: CASA

Bairro: CENTRO Cidade: SÃO CAETANO Estado: PE CEP: 55130-000

E-mail: Tel (DDD): (81) 9700-9998

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

RENDA MENSAL: ☒ 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

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)

AGÊNCIA: 1890 CONTA: 13541 AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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 À ROGO

Lucivaldo José Alves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)





532063

0219468/1

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 108ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO CAETANO -
DP108ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0198000516**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 1/4/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO CAETANO, 91, PROXIMO A
FAZENDA DO DOUTOR HORÁCIO - Bairro: CENTRO - SÃO
CAETANO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoas(s) envolvidas na ocorrência:
**VULGO ALEMÃO (AUTOR AGENTE)
LUCIVALDO JOSÉ ALVES (VÍTIMA)**

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 no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EDILEUZA
MARIA ALVES Pai: JOSÉ LUIZ ALVES Data de Nascimento: 26/10/1997 Naturalidade: CARUARU
/ PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 19272338/SDS/PE (RG) Profissão: AGRICULTOR(A)
Telefones Celulares:
- 893175812**

**Endereço Residencial: RUA ARRIGO, 274 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - SÃO
CAETANO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**VULGO ALEMÃO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA PLACA PDN 6931 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LUCIVALDO
JOSÉ ALVES, que estava em posse do(a) Sr(a): LUCIVALDO JOSÉ ALVES**

01 JUL, 2019

Gerente:
Assessor:
Corretor:
Arquivado:
Data: 30/05/2019 12:2

30/05/2019 12:2



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

Placa: **PDN0931** (PERNAMBUCO/SÃO CAETANO) Renavam: **197800559** Chassi:
LKVKCBL04D00476075
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A PESSOA DE LUCIVALDO COMPREendeu NESTA UNIDADE POLICIAL INFORMANDO
SER VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. RELATOU O MESMO QUE TRAFEGAVA PELA
ZONA RURAL DESTA 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 QUEM O SOCORREU PARA HOSPITAL LOCAL.

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

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

B.O. registrado por: *Valterlins* *de Araujo* - Matrícula: 319513-8

ASL-0219468/19
maria.santos
24/08/2020 14:35:44

ASL-0219468/19
maria.santos
24/08/2020 14:35:44

ASL-0219468/19
maria.santos
24/08/2020 14:35:44

ASL-0219468/19
maria.santos
24/08/2020 14:35:44

ASL-0219468/19
maria.santos
24/08/2020 14:35:44





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

10939516489

Nome completo da vítima:

LUCIVALDO JOSE AZVES

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

Nome completo:

LUCIVALDO JOSE AZVES

CPF:

10939516489

Profissão:

REC-INF

Endereço:

RUA VILA DOS ABRIGO

Número:

SIN

Complemento:

CASA

Bairro:

CENTRO

Cidade:

SAO CAETANO

Estado:

PE

CEP:

55130000

E-mail:

Tel (DDD):

(51) 9700998

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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 - 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1890

CONTA:

13541

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado

Local e Data: SAO CAETANO PE 26/06/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina À ROGO

Lucivaldo José Azves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 171, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50094-900
CNPJ 12.924.343/0001-99 | Insc. Est. 000943-02 | www.enepe.com.br

ENERGIA DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VELADO ABRIL 20

CENTRO SAO CAETANO
SAO CAETANO PE
5430-000

55130-000

CONTRIBUENT	04/2019
1602668050	
CNPIS DE VINCULADOS	
28/04/2019	22/05/2019
SOCIAL A FAVORABILIDADE	
	106,89

IP (ANALISA) TOTAL	2000	200000
000000000	0000	20000000
IP (ANALISA) TOTAL	2000	200000
000000000	0000	20000000

Contato: Abaq3@brq.com
 Comb. Av. Pádua Municipal
 CMAQ Salvador-BA-CEP 41.126-04-10/0118
 Multiplex: 0800-05422324 - 20/03/18
 Linha fixa: 0800-05422324 - 20/03/18
 Atendimento: 0800-05422324 - 20/03/18

02/19	200083304	RECEIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Unidade: R\$ 0,00			1 R.3000000	0.77299897	97.29
					12.57
					0.54
					1.39
					8.13
					0.45

DEMONSTRATIVO DE CORRUMPO DESTA NOTA FISCAL									
TOTAL DA FATURA		JULHO		AGOSTO		SETEMBRO		TOTAL	
Nº DO DOCUMENTO	TIPICA FISCAL	DATA	LITROS	DATA	LITROS	VICIA LITROS	VALOR	VALOR	VALOR
275850	CAF	25-07-2014	885,00	25-08-2014	885,00	39	1.086,00		

Índice de Desenvolvimento de Cidades (IDH)

Ano	IDH
2007	0,4500
2008	0,4600
2009	0,4700
2010	0,4800
2011	0,4900
2012	0,5000
2013	0,5100
2014	0,5200
2015	0,5300
2016	0,5400
2017	0,5500
2018	0,5600
2019	0,5700

[illegible]

STRENGTHENING OF THE POLICE AND THE PROSECUTOR'S OFFICE

Variable	Definition	Unit	Source
Yield	Yield of the product	g/mol	Experimental

[illegible]

DOÇAS E FARMACIA S&B MEDICINAIS					SINOS DE TIEMPO	
	de aproveitamento em vendas	de custos materiais	de custos transf. e desp.	de custos fixos	LUCRO DE JORNADA (COST BY JOB)	
					RENTAL (%)	
						aluguel
SECRETARIO					7,5	22
DRG	0,00	8,00	10,00	20,00		
DRG	5,00	1,00	0,00	1,00		
DRG	1,00	1,00	0,00	0,00		

...and the ...



[illegible][illegible]

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M^{te} MAURA DE A. FERNANDES inscrita (a) no CPF 945.234.444 / 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUCIVALDO JOSE ALVES inscrito
(a) no CPF sob o Nº 109.395.164/89 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
LUCIVALDO JOSE ALVES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.395.164/89 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 BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55790-000</u>
E-mail <u>afsegures1994@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 81335022</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 97001998</u>

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

Adriana M^{te} Maury de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

01 JUL 2019

DLDEL001 V005/2017

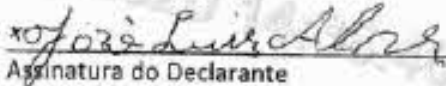


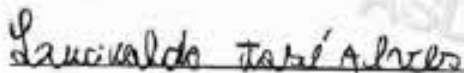
0219468/19

Declaração do Proprietário do Veículo

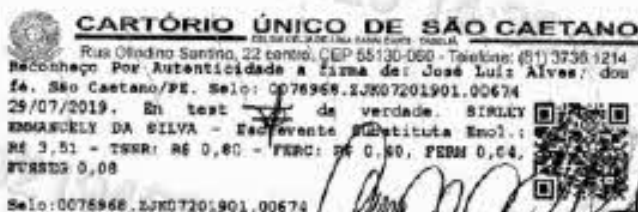
Eu, JOSE LUIZ ALVES,RG nº 6177830, data de expedição 01/09/1998Órgão SDS, portador do CPF nº 657.290.804.68, comdomicílio na cidade de SAO CAETANO, no Estado dePERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA VILA DO ABRIGO, nº 274,complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima LUCIVALDO JOSE ALVES, cujo o condutor eraLUCIVALDO JOSE ALVES.Veículo: MOTOCICLETAModelo: 1/ SHINERAY XY-50 QAno: 2013Placa: PDN0031Chassi: LXYXCBL04D0976673Data do Acidente: 03/09/2019Local e Data: SAO CAETANO/PE 29/07/19

 Assinatura do Declarante



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



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: LUCIVALDO JOSÉ ALVES

Nº Registro: 336247

Clínica: 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

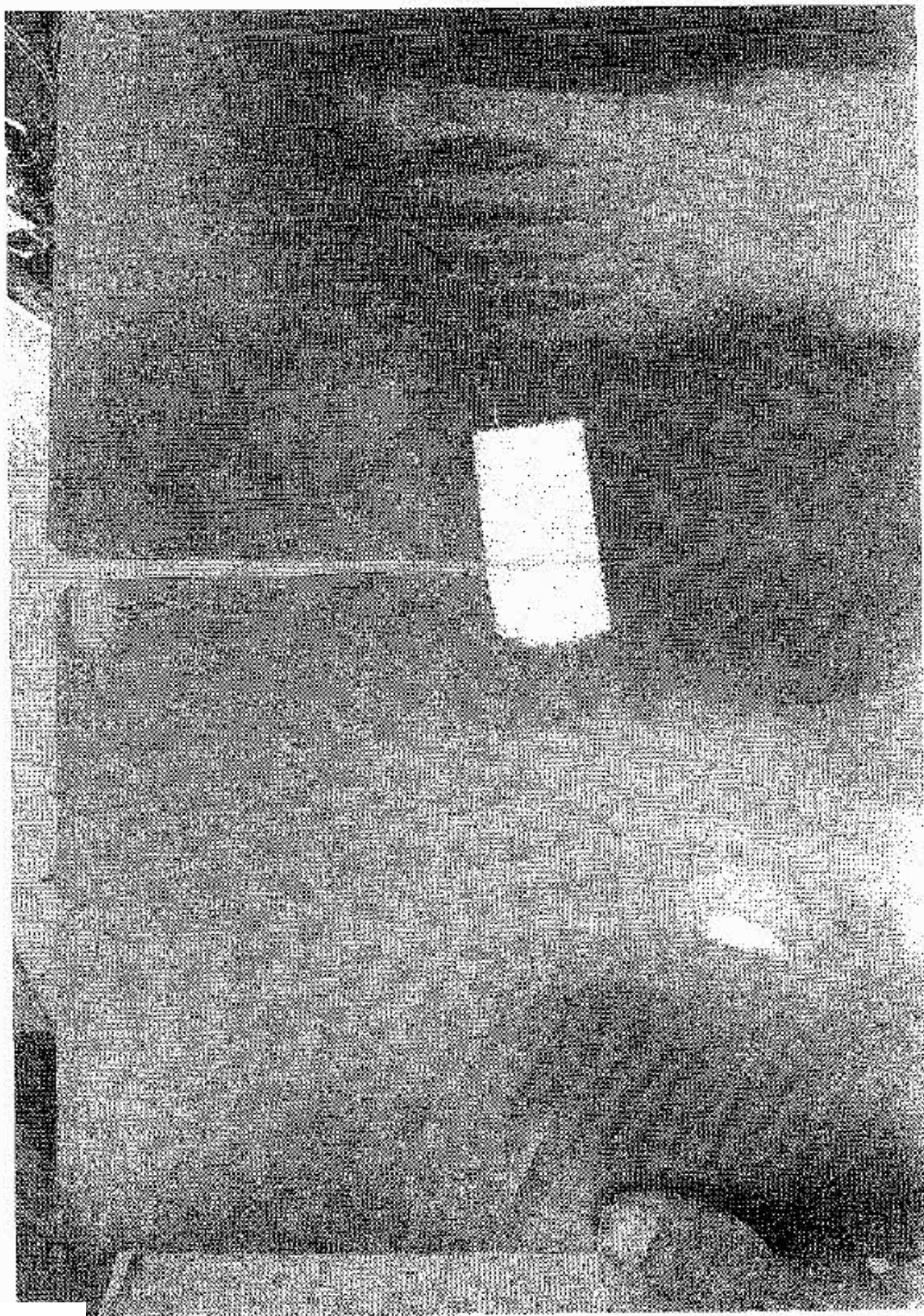
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. LAVAGEM EXAUSTIVA 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



REC. 501/2020
335.20.7
01/04/2020
(3)





Hospital Municipal
Adolfo Pereira Carneiro
São Caitano - PE



Registro: 254015 SUS: 702.8021.9729.5563

01/04/2019 - 14:26:55

Nome: LUCIVALDO JOSE ALVES

Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro(a)

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

RG: 10272330 SDS PE

CPF: . . .

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

Recepcionista: THIAGO

Médico: FRANCISCO E JOSE CARLOS

Enfermeiro: LETÍCIA E JANYELLE -TÉC - VIVIAN E LÍBINA



CARTÓRIO ÚNICO DE SÃO CAETANO

Rua Olímpio Sabino, 22 centro, CEP 55130-090 - Telefone: (81) 3730.1214

Conferi esta conforme o original que me foi apresentando. Dou fé. São Caitano/PE, 30/05/2019. Em test. da verdade. Sirley Emmanuely da Silva - Escrevente Substituta
Emol: R\$ 3,00 - TSNR: R\$ 0,68 - FRRC: R\$ 0,34, FERM 0,03, FUNSDO 0,07
Selo: 0076968.00204201902.02136



História do Doente Atual:

Doença de pele late 1/2h. rupe. vinda.

Doença. C/ Lento R. H. H. H. H. H.

Pressão Arterial: _____

Pulso: _____

Tempo: _____

Diagnóstico Provisório:

Leishmaniose cutânea por H. H. H. C/

Leishmaniose V. do do. ET

~~Leishmaniose~~

Leishmaniose

Leishmaniose

Leishmaniose C/

Leishmaniose: 5653293

HRA - Onu. H. H. H.

Leishmaniose

Dr. Francisco Cordeiro
Clínica Médica
CRM - 8319

01 JUL. 2020

Cartório Único de São Caitano
Rua do Abrigo, 274 - UBS 7
São Caitano - PE - CEP 55130-090





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

HRA

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

09.794.975/0269-27

PUSAM - Hospital Regional do Agreste
Br. 232, Km. 130
Indianópolis - CEP 55.024.000
Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)

01 JUL 2019

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232 - Km 130 - SIN - Bairro Indianópolis Caruaru - PE - CEP 55.024.000

CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 | 3719.9400 (SAME)



報

Profilario 33824

Religión:

RG 10252830

CNS:702302:97295503

Cidade: SAO CANTANO

Nº: 274

Bairro: CABUCA

Cidade: SAO CANTANO

Estado:

CEP 85430129

Fone: 993175818

Profissão: ACOUGUTIRO

Nome da Mãe: EDILEUZA MARIA ALVES

Acompanhante

Motivo do Atendimento: ATJ COM MOTOCICLETA

CLINICA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

DATA: 01/04/2019 16:32

Medico: MEDICO PLANTONISTA

Quelques Principales MDA:

Exame Físico

PA

FC

FR

Diag. Provisório

Prescrição:

Results

Horatio

Date _____

01 班 284



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGENCIA



3. Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

☐ Paciente ☐ Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome:

RG:

Endereço:

Tel.:

Dats:

Assinatura

Autorização de Procedimento

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome:

RG:

Endereço:

Tel.:

Procedimento:

Assinatura

Org. Definitivo

Destino do Paciente

☐ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evadido

☐ Termo de Alta a Pedido

☐ Transfusão:

☒ Internamento

Condição de Alta

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Data:

Hora:

Médico:

CRM:

01/04/2018 16:22:58

2 de 2

Usuário do Atendimento

REYDOLIVE

03 JUL 2018



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATORIO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: LUCIANA DO JOSE ALVES

Nº Registro: 225247

Clínica: ORTOPEdia

Nº da leito:

Operador: DR. GUSTAVO BRORIO

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Duração:

Data da Operação: 01/04/2019

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE PÉ ESQ.

Relatório Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PÉ ESQ.

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATORIO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSEICAO DE CAMPOS ESTERILIS
3. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SFO 9%
4. VISUALIZADO GRANDE FRIAMENTO EM PÉ ESQ
5. SUTURA DA PILE COM NYLON 3.0 PARA APROXIMAÇÃO DOS BORDOS DA FERIDA
6. CURATIVO
7. ENCAMINHO PACIENTE A SEPA

01/04/2019



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº:

Clínica:

Enfermaria:

Acidente de moto - 81
em 01/04/2019. Freq.
p/ E. L. - 15157019
curioso. H 13
amb. an 15157019

Dr. Nilton Pereira de Barros
Ortopedia
Rm. 10650

Data:

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elielza Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89





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.

Gilza Cintra Gomes
Gilza Cintra Gomes
Agente administrativo





01 JUL 2019
Gente
Ass. Ma. Santos
Gente - 2019-11





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

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
CA7D.99BC.D7C0.AFD5

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada no Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:28:04 do dia 13/11/2015 (hora e data de Brasília)
e pelo verificador: 00

ASL-0219458/19
maria.santos
24/08/2020 14:37:09

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

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

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

01 JUL 2020



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014357900685
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 1070569430 ANO: 2019 EXERCÍCIO: 2019

NOME: JOSE LUIZ ALVES

RAO: CATTANO - PE

PLACA: 2LN0081

PLACANTAT: 2LN0081

ESPÉCIE: PAS CILINDRICO COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: I/SHINERAY XY 50 Q ANO FAB: 2019 ANO MOD: 2019

CAP/MOT/CIL: 88/42CL CATEGORIA: PARTIC COR PRECIPUANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 19.49 COTA ANUAL: 0.07 VERIFICACAO: 19.56

PREMIO TARIFARIO (R\$): 19.49 COTA ÚNICA (R\$): 0.07 COTA ANUAL (R\$): 0.07

PREMIO TOTAL (R\$): 19.56 DATA DE PAGAMENTO: 18/02/19

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

ASSINADO: Roberto Carlos Moraes Pontes

DATA: 25/03/19

RAO: CATTANO - PE

Roberto Carlos Moraes Pontes

PE Nº 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
SAC DPVAT 0800 022 1204

RAO: CATTANO - PE EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 25/08/19

PLACA: 2LN0081

MARCA/MODELO: I/SHINERAY XY 50 Q

ANOS: 2019 06 EXTRCB: 04D0976672

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$): 19.49 DENATRA (R\$): 0.07 CUSTO DO SEGURO (R\$): 19.56

PREMIO TOTAL (R\$): 19.56

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITACAO: 18/02/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

BILHETE DE SEGURO DPVAT

RAO: CATTANO - PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190403787 Cidade: São Caitano 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: 15/06/2019

Valoração 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.segura.danieldezoliveira.br ou entre em contato através de um dos telefones abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e benefícios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8180 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Ouvidoria: 0800 591 2503 | Ouvidoria: 0800 021 51 35

Número do pedido DPVAT: 3190403787 Data de solicitação: 24/08/2020
Nome do beneficiário: LUCIVALDO JOSE ALVES CPF do beneficiário: 109.395.164
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: 89

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: 81 9947001998 Tel. Comercial: (_____) _____ Tel. Residencial: (_____) _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(s) documento(s) está(ão) sendo entregue(s):
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IMI
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Nosse Atlas e Complementares
☒ Outros: DGC, STN/BSM + DDC Complementares
(DESCREVA)

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

Solicito que seja reanalisado o processo pois a documentação apresentada e devidamente a pedido, não foi submetido a pericia médica para ser verificado a pericia e não foi liberado o valor a que tem direito.

Surubim, 24/08/2020.
Local e Data
Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a cargo)

IMPORTANTE:

Envie em pacotes todos os dados, imagens e formulários, assim a entrega não será por meio de e-mail, mas sim por meio de entrega física no seu pedido do Seguro DPVAT.
Observação sobre benefício: a vítima não é beneficiária.
Onde a vítima continua a sofrer sequelas, a família, o pai e a mãe, para a família a vítima não é beneficiária, o seu pedido (a sua ação).



Rua Ovídio Sampaio, 22 contra CEP 53.330-050 - Telefone: (91) 3736 0214
 Reconheço por Autenticidade a firma de: **LUCIVALDO JOSE ALVES**
 dou fe SEMO: 0175968 EB06201901.00282
 São Caetano/PE, 07/06/2019. Eu test - **da**
 veridade. OCELENA CELIA LEMAL CAVALCANTI - OFFICIAL
 SUBSTITUTA Enot.: RP 3,51 - TUBOS: RP 0,30 - FERRA:
 RP 0,40, FERRA 0,04, FURTESS 0,08
 Selo: 0076968 EB06201901.00282
 CANCELADO AUTENTICIDADE

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
VITIMA: 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 JUN 2019
 01 JUN 2019

Lucivaldo José Alves

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CELULAR 311 DE UMA CAVALCANTA - FISCAL
Rua Clóudio Santos, 22 centro, CEP 55130-060 - Telefone: (81) 3738.1214

Reconheço Por Autenticidade a firma de: LUCIVALDO JOSE ALVES;
dou fe SELo: 0076968.EB306201901.00282.
São Caetano/PE, 07/06/2019. Em test da
verdade. CELINA CELIA LEAL CAVALCANTI - OFICIAL
SUBSTITUTA Emol: R\$ 3,51 - TSTN: R\$ 0,80 - FERC:
R\$ 0,40, FERM 0,04, FUSSEG 0,08

Selo: 0076968.EB306201901.00282
Carimbo Autenticidade: [Carimbo]

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

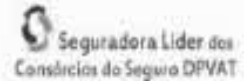
Lucivaldo José Alves

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

CPF: 109.395.164-89

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 01/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIVALDO JOSE ALVES

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 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: 12/08/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

IANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAI

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237416/20
Vítima: LUCIVALDO JOSE ALVES
CPF: 109.395.164-89
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
Data do acidente: 01/04/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: LUCIVALDO JOSE ALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 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 81 89.

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

Data da apresentação: 24/08/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

