



Número: **0037327-44.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/08/2020**

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	
LUCAS PEREIRA DE SOUSA (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71069303	16/11/2020 15:06	ANEXO 1	Outros (Documento)

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: **09625730435** Nome completo da vítima: **Lucas Pereira do Sousa**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PARA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2014

Nome completo: **Lucas Pereira do Sousa** CPF: **09625730435**

Profissão: **Autônomo** Endereço: **Rua Paudalho** Número: **14** Complemento: _____

Bairro: **Chã de Cruz** Cidade: **Paudalho** Estado: **PE** CEP: **55825-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(81) 998065340**

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

REDA 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

BANCO BANCAR DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALAR LOTAÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **4739** CONTA: **11902** **5**

(Informar o dígito se existir) (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 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Peio 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 6.191/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 nascer(a) (ou 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 a quem 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 responsável

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucas Pereira do Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

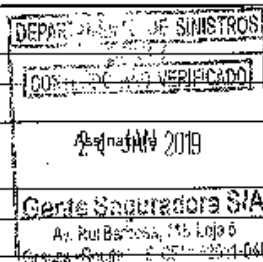
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____

2º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

11/001/2018



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001731 Div. Op.

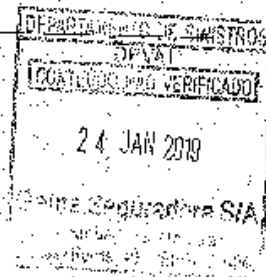
Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). **LUIS PEREIRA DE SOUSA**, 33 anos, **BRASILEIRO(a)**, **SOLTEIRO(a)**, RG nº 7399145 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 081.575.334-90, residente à **RUA PAULO 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) **QUEDA 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 / GBAPH.

Posição em 19/12/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.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





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, 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

Carta nº 13861587

Pag. 00411/00412 - carta_01 - INVALIDEZ



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: **09625730435** Nome completo da vítima: **Lucas Pereira do Sousa**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PARA DEBENDIMENTAÇÃO DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2014

Nome completo: **Lucas Pereira do Sousa** CPF: **09625730435**

Profissão: **Autônomo** Endereço: **Rua Paudalho** Número: **14** Complemento: _____

Bairro: **Ena de Cruz** Cidade: **Paudalho** Estado: **PE** CEP: **55825-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(81) 998065340**

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

REDA 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

PARA BANCOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA CÉDULA 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: **11902** **5**

(Informar o dígito se existir) (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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Peio 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 6.191/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 nascer(a) (ou 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 a quem 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 responsável

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucas Pereira do Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____

2º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

100% - SINISTRO VERIFICADO

Aberto em 2019

Gerente Seguradora SIA

Av. Rui Barbosa, 115 Loja 5

Cidade: Recife - PE CEP: 51011-040

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

11/001/2018



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, 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

Pag. 00305/00306 - carta_03 - INVALIDEZ

00050153



Carta nº 13861586



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

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 03/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS PEREIRA DE SOUSA

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 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

SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Lucas Pereira de Sousa
brasileiro(a), estado civil solteiro, CI/ RG nº 7032442 505
CPF/MF sob nº 096.257.304-35, residente e domiciliado à rua
Rua Carlos Guerra, nº 14
Bairro: Cs. 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.

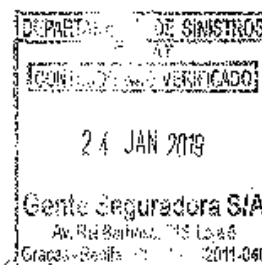
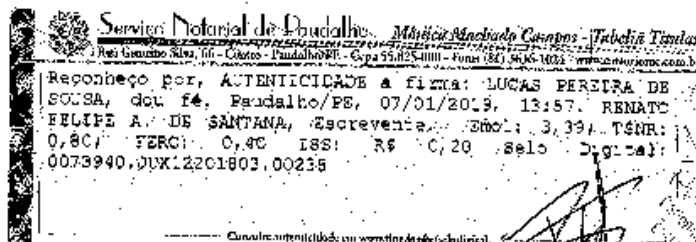
PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras 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.

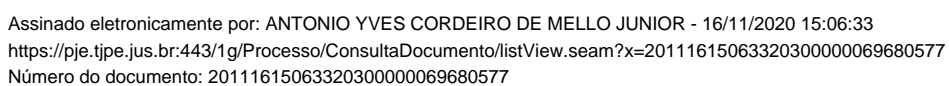
Paudalho, 07 de junho de 2018.

Lucas Pereira de Sousa
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade



DEPARTAMENTO DE MINISTROS
VERIFICADO
24 JAN 2019
Gestão Recaudadora S/A
CNPJ nº 07.716.141/5
Emissão: 2011-040



Atendimento: 955330

Data e Hora: 03/11/2018 07:54

Especialidade:

Senha da Classificação:

0032

Paciente: 60795 LUCAS PEREIRA DE SOUSA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

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

Nome da Mãe: MARIA JOSE SOUSA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

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: 08:05

Queixa Principal:

Lesão na região da mão com fratura
na base do 3º metacarpo

Exame Físico:

Inspeção visual: edema na região da mão
com fratura na base do 3º metacarpo

Hipótese Diagnóstico:

Fratura na base do 3º metacarpo

Conduta Terapêutica:

Tratamento com gesso por 4 semanas
com analgésico e anti-inflamatório

Prescrição Médica:

Gesso na mão
Curativo local
Analgésico e anti-inflamatório

Destino:

() Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

Transferido:

Para:

CONTROLE NÃO VERIFICADO

Senha:

Carimbo/Médico

Usuário Triagem:

Gente Seguradora S/A



UPA - SAO LOURENÇO
CONFERIDO
Nº DO PEDIDO
ASS. JONEL

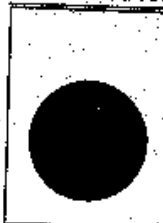


UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO 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 POR BOMBEIROS COM DOR EM MÃO E MÍDIA, POS ACIDENTE DE MOTO

Observação: ALERGIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



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

Data impressão: 03/11/2018 07:50

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 955315

Senha da Classificação:

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

Especialidade:

0026

Paciente: 60795 LUCAS PEREIRA DE SOUSA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

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

Nome da Mãe: MARIA JOSE SOUSA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - CLÍNICO

CRM: 4569

Endereço: PAULO GUERRA

- PAUDALHO

14

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: SÃO LOURENÇO DA MATA PE

Cep: 54735000

Usuário Atendimento: ADRIANA000

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 Diagnóstica****Conduta Terapêutica****Prescrição Médica**

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
EXAME DE SINISTRO
EXAME DE SINISTRO

24 JAN 2019

Gente Seguradora S/A

Rua: Pernambuco, 715 Loja 6
Bairro: Recife - PE CEP: 50000-000

Carimbo Médico

Usuário Triagem:



955315



UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

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

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: TRAZIDPO POR BOMBEIROS..N1196184.
REFERE DOR EM MSD E MID, APOS ACIDENTE DE MOTO.

Observação: DOR MODERADA. AGUARDA A CHEGADA DA ORTOPEDIA.

HAS-

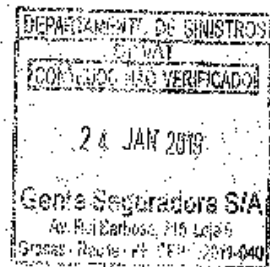
DM-

ALERGIAS-

Fluxograma sintoma: DOR CERVICAL / DORSAL / LOMBAR / EXTREMIDADES (SEM HISTÓRIA DE TRAUMA)

Discriminador(es): - LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS/FUNÇÃO

Especialidade: CLÍNICA GERAL



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

Data impressão: 03/11/2018 07:12

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Scanned with CamScanner



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Pereira de Sousa,
 RG nº 7992176, data de expedição 1/1/18,
 Órgão SOS, portador do CPF nº 09889944456, com
 domicílio na cidade de Paudalho, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Paulo Guerra, 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 Necos Pereira de Sousa, cujo o condutor era
Luiz Pereira de Sousa.

Veículo: Moto
 Modelo: Honda NKR 160 Bros, Preta
 Ano: 2015
 Placa: PDD-3302
 Chassi: 9C2KD0910FR416413
 Data do Acidente: 03/11/2018
 Local e Data: 07.01.19

Jose Pereira de Sousa
 Assinatura do Declarante (Jose Pereira)

Luiz Pereira de Sousa

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

(Luiz Pereira)

Serviço Notarial de Paudalho - Mônica Machado Campos - Tabela 11/2018
 Rua Graciano Silva, 66 - Centro - Paudalho/PE - Cep: 55625-000 - Fone: (81) 3636-1024 - www.cartanotaria.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma: JOSE PEREIRA DE SOUSA, dou fé. Paudalho/PE, 07/01/2019, 13:50. RENATO FELIPE A. DE SANTANA, Escrevente. Eml: 3,39; TSN6: C,80; PERC: 0,40 ISS: R\$ 0,20 Selo Digital: CC7394C.EK012201803.C0236

Consulte a autenticidade em: www.jusbrasil.com.br

Serviço Notarial de Paudalho - Mônica Machado Campos - Tabela 11/2018
 Rua Graciano Silva, 66 - Centro - Paudalho/PE - Cep: 55625-000 - Fone: (81) 3636-1024 - www.cartanotaria.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma: LUIS PEREIRA DE SOUSA, dou fé. Paudalho/PE, 07/01/2019, 13:50. RENATO FELIPE A. DE SANTANA, Escrevente. Eml: 3,39; TSN6: C,80; PERC: 0,40 ISS: R\$ 0,20 Selo Digital: CC7394C.UAL12201803.00237

Consulte a autenticidade em: www.jusbrasil.com.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
ACIDENTE NÃO VERIFICADO
 24 JAN 2019
 Gerente Seguradora SIA
 Av. São Sebastião, 713 Loja 5
 Grupo: Recife - PE CEP: 52081-040

Reconheço 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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Sheila de Oliveira Moura inscrito (a) no CPF/CNPJ 633376654 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucas Pereira de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 096257304 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura Raneleira da Vítima Lucas Pereira de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 096257304 / 35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

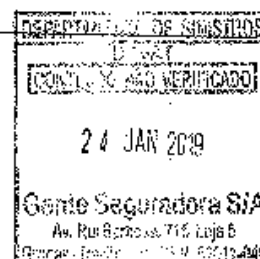
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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 Moraes</u>		Número <u>409</u>	Complemento <u>-</u>
Bairro <u>Hipódromo</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>82041750</u>
Telefone comercial(DDD) <u>(81) 30828465</u>		Telefone celular (DDD) _____	

Recife 08 de junho de 2019
Local e Data

Sheila de Oliveira Moura
Assinatura do Declarante





Nota Fiscal de Energia Elétrica
Companhia Brasileira de Tomadas
Rua João de Barros, 111, Des. Vitor, Recife, Pernambuco - CEP 53050-000
CNPJ 11.655.520/0001-02 | fone: 51 3322.8143-53 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DO CLIENTE
RUA PAULO GUERNA 1405A

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PAULO GUERNA 1405A

CPF 255.777.104-82
CLASSIFICAÇÃO

UFALACRUZADA DA CRUZ
PALÇA LIOPE
55825-100

RA RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico



DATA DE EMISSÃO 08/10/2018
Nº DO CLIENTE 0100018
Nº DA ATIVIDADE 0100018
Nº DO LOTE 0100018
Nº DO CÍRCULO 0100018

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Anual (Wh)	30,000000	0,4520000	13,56
Valor da Bandeira VERMELHA			1,50

DATA	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	TIPO DA FUNÇÃO	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO ANUAL
08/10/2018	LA	2948-2018	2951	27-09-2018	LA	2948	1,5000	1,50

DATA	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	TIPO DA FUNÇÃO	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO ANUAL
08/10/2018	LA	2948-2018	2951	27-09-2018	LA	2948	1,5000	1,50

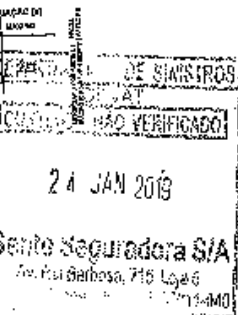
INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Este documento é uma cópia eletrônica da Nota Fiscal de Energia Elétrica emitida pela Companhia Brasileira de Tomadas. A validade deste documento é garantida pela assinatura eletrônica do emitente. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br.

DATA	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	TIPO DA FUNÇÃO	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO ANUAL
08/10/2018	LA	2948-2018	2951	27-09-2018	LA	2948	1,5000	1,50

DATA	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	TIPO DA FUNÇÃO	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO ANUAL
08/10/2018	LA	2948-2018	2951	27-09-2018	LA	2948	1,5000	1,50

DATA	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	TIPO DA FUNÇÃO	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO ANUAL
08/10/2018	LA	2948-2018	2951	27-09-2018	LA	2948	1,5000	1,50

DATA	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	TIPO DA FUNÇÃO	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO ANUAL
08/10/2018	LA	2948-2018	2951	27-09-2018	LA	2948	1,5000	1,50





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001731 Div. Op.

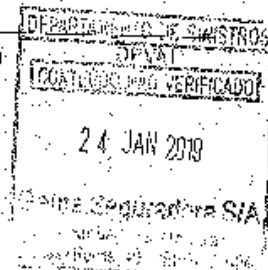
Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^o. LUIS PEREIRA DE SOUSA, 33 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 7399145 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 081.575.334-90, residente à RUA PAULO GUERRA, nº 14, , 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^o. 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 / GBAPH.

Posição em 19/12/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 09625730435 Nome completo da vítima: Lucas Pereira do Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PARA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2014

Nome completo: Lucas Pereira do Sousa CPF: 09625730435

Profissão: Autônomo Endereço: Rua Paudalho Número: 14 Complemento: _____

Bairro: Ena de Cruz Cidade: Paudalho Estado: PE CEP: 55825-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 998065340

Declaro, 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

PARA BANCOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALAR UMA CÉDULA DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 4739 CONTA: 11902 5
(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 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Peço 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 6.191/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 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 a quem se beneficiar 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.

Inscrição
cópia da
vítima ou
beneficiário
autenticada

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

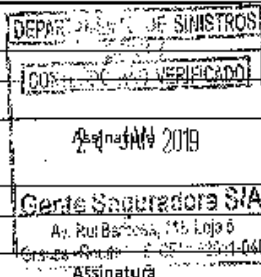
Lucas Pereira do Sousa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____
2º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

11/001/2018

005 8009 1191



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6º CIRC
DIM/2º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CAMARAGIBE, 01 - Bairro: VILA DA FABRICA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR VAGANTE)
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** Mãe: **MARIA JOSÉ SOUSA** Pai: **SEVERINO PEREIRA DE SOUSA** Data de Nascimento: **17/4/1984** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **RUA PAUDALHO, Nº 14, CHÃ DE CRUZ, PAUDALHO/PE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

HONDA/NXR 160 BROS, CDR 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/NÃO 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
GRS, 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 FRENTE
VINDO O PILOTO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E CAIR NO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO
DE BOMBEIROS E LEVADO PARA A UGA DE SÃO LOURENÇO DA MATA CONFORME ATENDIMENTO N°
055334

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

Lucas Pereira de Sousa
LUCAS PEREIRA DE SOUSA
(VITIMA)

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

ASL-0028945/19
Juliana.kuma.0007
15/02/2019 11:51:34

ASL-0028945/19
Juliana.kuma.0007
15/02/2019 11:51:34

ASL-0028945/19
Juliana.kuma.0007
15/02/2019 11:51:34



ASL-0028945/19
Juliana.kuma.0007
15/02/2019 11:51:34

ASL-0028945/19
Juliana.kuma.0007
15/02/2019 11:51:34

03/02/2019 16:27



497056
0028945/19

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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 - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **3/11/2018** às **07:00**

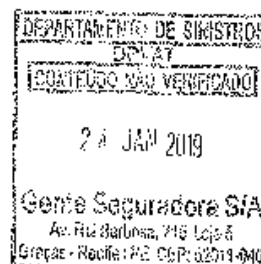
Fato ocorrido no endereço: **ARLINDA LOPES DOS SANTOS - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO / BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CAMARAGIBE, 1 - Bairro: VILA DA FABRICA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: **RUA PAUDALHO, Nº 14, CHÃ 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

LUIS PEREIRA DE SOUSA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO 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/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**



Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

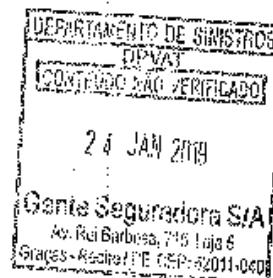
Complemento / Observação

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 JOSÉ PEREIRA DE SOUSA E QUE ERA PILOTADA POR LUIS PEREIRA DE SOUSA QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU EM SUA FRENTE VINDO O PILOTPO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E CAIR NO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BBOMBEIROS 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 Sousa
LUCAS PEREIRA DE SOUSA
(VITIMA)

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



22/01/2019 11:30





497056

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0096000133Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/01/2019** às **16:01**Complementa o BO Número: **19E0096000105****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **8/11/2018** às **07:00**

Fato ocorrido no endereço: **ARLINDA LOPES DOS SANTOS - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO**
/BRASIL Próximo a: **MUNICÍPIO DE CAMARAGIBE, 1 - Bairro: VILA DA FABRICA -**
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 (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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: **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**

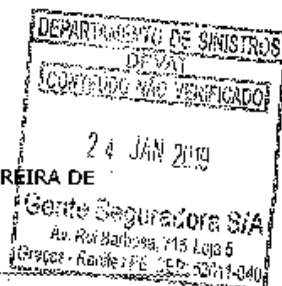
LUIS PEREIRA DE SOUSA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

HONDA/NXR 160 BROS, COR PRETA, ANO 2015, PLACA PDD-3302 (VEÍCULO) 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/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**



Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

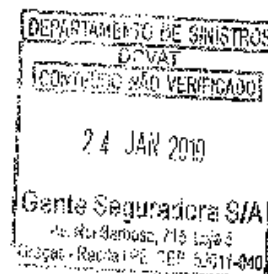
Complemento / Observação

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 JOSÉ PEREIRA DE SOUSA E QUE ERA PILOTADA 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 Sousa
LUCAS PEREIRA DE SOUSA
(VITIMA)

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



04/01/2019 17:04



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: **09625730435** Nome completo da vítima: **Lucas Pereira do Sousa**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PARA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2014

Nome completo: **Lucas Pereira do Sousa** CPF: **09625730435**

Profissão: **Autônomo** Endereço: **Rua Paudalho** Número: **14** Complemento: _____

Bairro: **Chã de Cruz** Cidade: **Paudalho** Estado: **PE** CEP: **55825-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(81) 998065340**

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

REDA 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

PARA BANCOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALAR UMA CÉDULA DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **4739** CONTA: **11902** **5**

(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 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Peio 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 6.191/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 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 a quem se beneficiar 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 habilitado

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____

2º Nome: _____ CPF: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

100% - SINISTRO VERIFICADO

Abertura 2019

Gerente Seguradora SIA

Av. Rui Barbosa, 115 Loja 5

Grande Rio de Janeiro - RJ CEP: 20041-040

Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

11/001/2018

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 09625730435 Nome completo da vítima: Lucas Pereira de Sousa

Nome completo: Lucas Pereira de Sousa CPF: 09625730435
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Paulo Guerra Número: 84 Complemento: _____
Bairro: Ena de Cruz Cidade: Parelheiros Estado: SP CEP: 55825-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (11) 998065340

Declaro, 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4739 CONTA: 11902 5
(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 AUSÊNCIA DE LAUDO DE IML - PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, decando 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 UNICA BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO OBRIGATORIO 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 (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 299 do Código Penal.

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não atestado
Local e Data: Recife, 02/04/2019
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Lucas Pereira de Sousa
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) _____

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Lucas Pereira de Sousa
brasileiro(a), estado civil solteiro, CI/ RG nº 7032442 505
CPF/MF sob nº 096.257.304-35, residente e domiciliado à rua
Rua Carlos Guerra, nº 14
Bairro: Cs. 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.

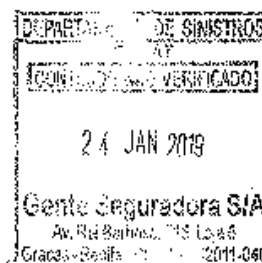
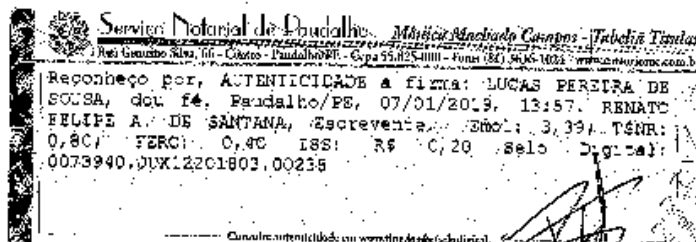
PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras 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 junho de 2018.

Lucas Pereira de Sousa
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade



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

Valoração 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 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 Sheila de Oliveira Moura inscrito (a) no CPF/CNPJ 633376654, 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucas Pereira de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 096257304, 35, do sinistro de DPVAT cobertura Raneleira da Vítima Lucas Pereira de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 096257304, 35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

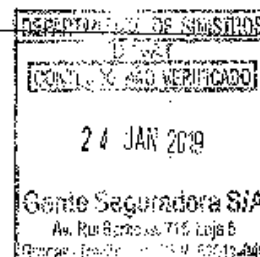
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número		Complemento	
Rua Presidente de Moraes		409		-	
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Hipódromo	Recife	PE	82041750		
E-mail		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
		(81) 30828465			

Recife 08 de junho de 2019
Local e Data

Sheila de Oliveira Moura
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Pereira de Sousa,
 RG nº 7992176, data de expedição 1/1/,
 Órgão SOS, portador do CPF nº 09889944456, com
 domicílio na cidade de Paudalho, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Paulo Guerra, 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 Lucas Pereira de Sousa, cujo o condutor era
Luiz Pereira de Sousa.

Veículo: Moto
 Modelo: Honda NKR 160 Bros, Preta
 Ano: 2015
 Placa: PDD-3302
 Chassi: 9C2KD0910FR416413
 Data do Acidente: 03/11/2018
 Local e Data: 07.01.19

Jose Pereira de Sousa
 Assinatura do Declarante (Jose Pereira)

Luiz Pereira de Sousa

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

(Luiz Pereira)

Serviço Notarial de Paudalho - Mônica Machado Campos - Tabela 11/2018
 Rua Graciano Silva, 66 - Centro - Paudalho/PE - Cep: 55625-000 - Fone: (81) 3636-1024 - www.cartanotaria.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma: JOSE PEREIRA DE SOUSA, dou fé. Paudalho/PE, 07/01/2019, 13:50. RENATO FELIPE A. DE SANTANA, Escrevente. Eml: 3,39; TSNA: C,80; PERC: 0,40 ISS: R\$ 0,20 Selo Digital: CC7394C.EK012201803.C0236

Consulte a autenticidade em: www.jusbrasil.com.br

Serviço Notarial de Paudalho - Mônica Machado Campos - Tabela 11/2018
 Rua Graciano Silva, 66 - Centro - Paudalho/PE - Cep: 55625-000 - Fone: (81) 3636-1024 - www.cartanotaria.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma: LUIS PEREIRA DE SOUSA, dou fé. Paudalho/PE, 07/01/2019, 13:50. RENATO FELIPE A. DE SANTANA, Escrevente. Eml: 3,39; TSNA: C,80; PERC: 0,40 ISS: R\$ 0,20 Selo Digital: CC7394C.UAL12201803.00237

Consulte a autenticidade em: www.jusbrasil.com.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
ACIDENTE NÃO VERIFICADO
 24 JAN 2019
 Gerente Seguradora SIA
 Av. São Barbosa, 713 Loja 5
 Grupo: Recife-PE CEP: 52081-040

Reconheço P/ Autenticidade

