



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**

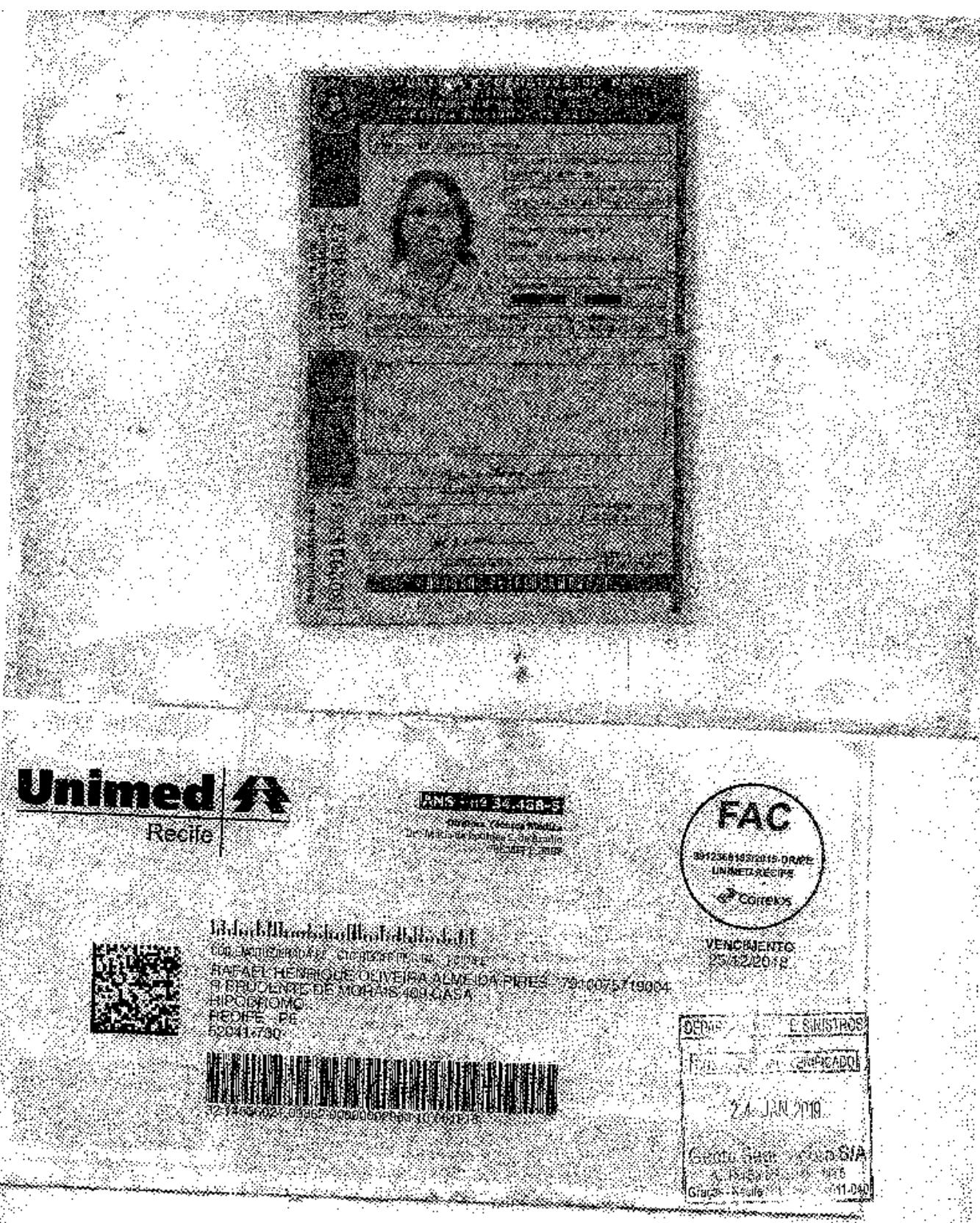
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>LUCAS PEREIRA DE SOUSA (AUTOR)</b>	<b>Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)</b>
<b>TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)</b>	
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71069 303	16/11/2020 15:06	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	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:	Nome completo da vítima:	
09625730435		Lucas Pereira de Souza	
PERÍODO DE INSCRIÇÃO DO SEGURO (MÊS/ANO): (MÊS) (ANO) (MÊS) (ANO)			
Nome completo:		CPF:	09625730435
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Autônomo	Rua Paedalho	14	-
Barro	Cidade:	Estado:	CEP:
Edu de Cruz	Raudalho	PE	55825 000
E-mail: (81) 998065340			

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

**RENDAS CADASTRAIS**  
RENDAS 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 - ANEXAR CÓPIA DO TITULAR			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)	
AGÊNCIA: 4739	CONTA: 15902 5	(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/semelhante do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recorrendo o dendo, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ACIDENTE (SÓ PREENCHIMENTO SE O PREQUESTANTE FOR BENEFICIÁRIO 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):			
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Peço motivo assinalado, se houver o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, corrigindo, desde já, em se submeter à avaliação médica das custas da Seguradora Lider para validação da existência e quantificação das lesões permanentes deca:entes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/71, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.			

DECLARAÇÃO DE FÍSICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA O CORRETOR DE VIDA			
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data da óbito da vítima:			
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou defração nessa verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.			

INFORMAÇÃO DIGITAL DA VÍTIMA OU BENEFICIÁRIO ALFABETIZADO	Local e Data, _____	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1º   Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A RÔGO <i>Lucas Pereira de Souza</i>		
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
Assinatura do Representante Legal (se houver)		
Assinatura do Procurador (se houver)		
TESTEMUNHAS DEPARTAMENTO DE SINISTROS		
1º   Nome: _____ CPF: _____ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">CORPO DO AGO VERIFICADO</span>		
Assinatura: 2019		
2º   Nome: _____ CPF: _____ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Cente Seguradora S/A</span>		
Av. Rui Barbosa, 15, Loja 6 Cidade: Recife - CEP: 5001-040 Assinatura		

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, 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.

16/11/2020



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

**C E R T I D Ã O**

**Certidão nº 2018APH001731 Div. Op.**

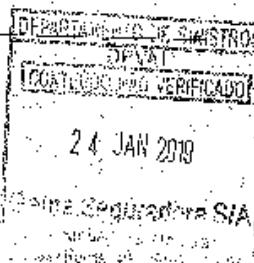
Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr.(a) LUIS PEREIRA DE SOUSA, 33 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 7399145 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 081.575.334-90, residente à RUA PAULO GUERRA, nº 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) QUIDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA HONDA BROS, PRETA, PDD3302-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr.(a) LUCAS PEREIRA DE SOUZA, inscrito sob o CPF nº 096.257.304-35 e Registro Geral nº 7032442, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707049-7 ANAILTON. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO DE SÃO LOURENÇO DA MATA. Registrado(a) com o prontuário nº 60795. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPII.

Posição em 19/12/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.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](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190063228**      **Vítima: LUCAS PEREIRA DE SOUSA**

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

**Procurador: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA**

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

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

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
09625730435		Lucas Pereira do Souza	
PERÍODO DE INSCRIÇÃO DO SEGURO (MÊS/ANO): (MÊS) (ANO) (MÊS) (ANO)			
Nome completo:		CPF:	09625730435
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Autônomo	Rua Paedalho	14	-
Barro	Cidade:	Estado:	CEP:
Edu de Cruz	Raudalho	PE	55825 000
E-mail: (81) 998065340			

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

**RENDAS CADASTRAIS**  
RENDAS 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 - ANEXAR CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)	
AGÊNCIA: 4739	CONTA: 15902 5	(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/semelhante do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recorrendo o dendo, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORTEZIA 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):			
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Peço motivo assinalado, se houver o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, corrigindo, desde já, em se submeter à avaliação médica das custas da Seguradora Lider para validação da existência e quantificação das lesões permanentes deca:entes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/71, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.			

DECLARAÇÃO DE FÍLHOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORTEZIA DE FÍLHOS			
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data da óbito da vítima:			
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou defração nessa verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.			

INSCRIÇÃO DIGITAL DA VÍTIMA OU BENEFICIÁRIO DECLARANTE	Local e Data:	TESTEMUNHAS
	Nome:	1º   Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A RÔGO		
<i>Lucas Pereira do Souza</i>		
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
Assinatura do Representante Legal (se houver)		
Assinatura do Procurador (se houver)		
TESTEMUNHAS DEPARTAMENTO DE SINISTROS		
1º   Nome: _____		
CPF: _____		
Assinatura: 2019		
2º   Nome: _____		
CPF: _____		
Assinatura: Gente Seguradora S/A		
Av. Rui Barbosa, 15, Loja 6 Cuiabá - MT - CEP: 78010-040		

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, 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.

16/11/2020



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

---

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190063228

Vítima: LUCAS PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 03/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), LUCAS PEREIRA DE SOUSA

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

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

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00305/00306 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13861586



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:06:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615063320300000069680577>  
Número do documento: 20111615063320300000069680577

Num. 71069303 - Pág. 7

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0058009/19

**Número do Sinistro:** 3190139101

**Vítima:** LUCAS PEREIRA DE SOUSA

**CPF:** 096.257.304-35

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** LUCAS PEREIRA DE SOUSA

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**LUCAS PEREIRA DE SOUSA : 096.257.304-35**

Autorização de pagamento

### ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/04/2019  
Nome: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA  
CPF: 633.376.654-20

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:06:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615063320300000069680577>  
Número do documento: 20111615063320300000069680577

Num. 71069303 - Pág. 8

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** Lucas Pereira de Sousa, brasileiro(a), estado civil solteiro, CI/ RG nº 703244250, CPF/MF sob nº 096.257.304-35, residente e domiciliado à rua Rua Paulo Guerra, nº 14, Bairro: Crô de Creiz, 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 Suscp, 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 janeiro de 2018.

Lucas Pereira De Sousa  
OUTORGANTE

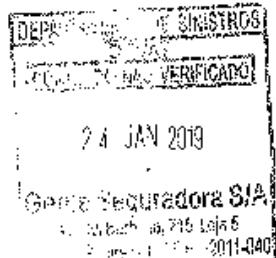
Reconhecer firma por autenticidade

Serviço Notarial de Paudalho - Mônica Machado Coelho - Teléfones: 3006-1023 / 98818-5500 - [www.servicenotarial.com.br](http://www.servicenotarial.com.br)

Reconheço por, AUTENTICIDADE a firma: LUCAS PEREIRA DE SOUSA, do nº 14, Paudalho/PE, 07/01/2019, 13:57. RENATO FELIPE A. DE SANTANA, Escrivão, Fone: 3.394.1598, 0.801, FERCI: 0.40, ISSI: R\$ 10,20, Selo Digital: 0073940.00X12201803.00236

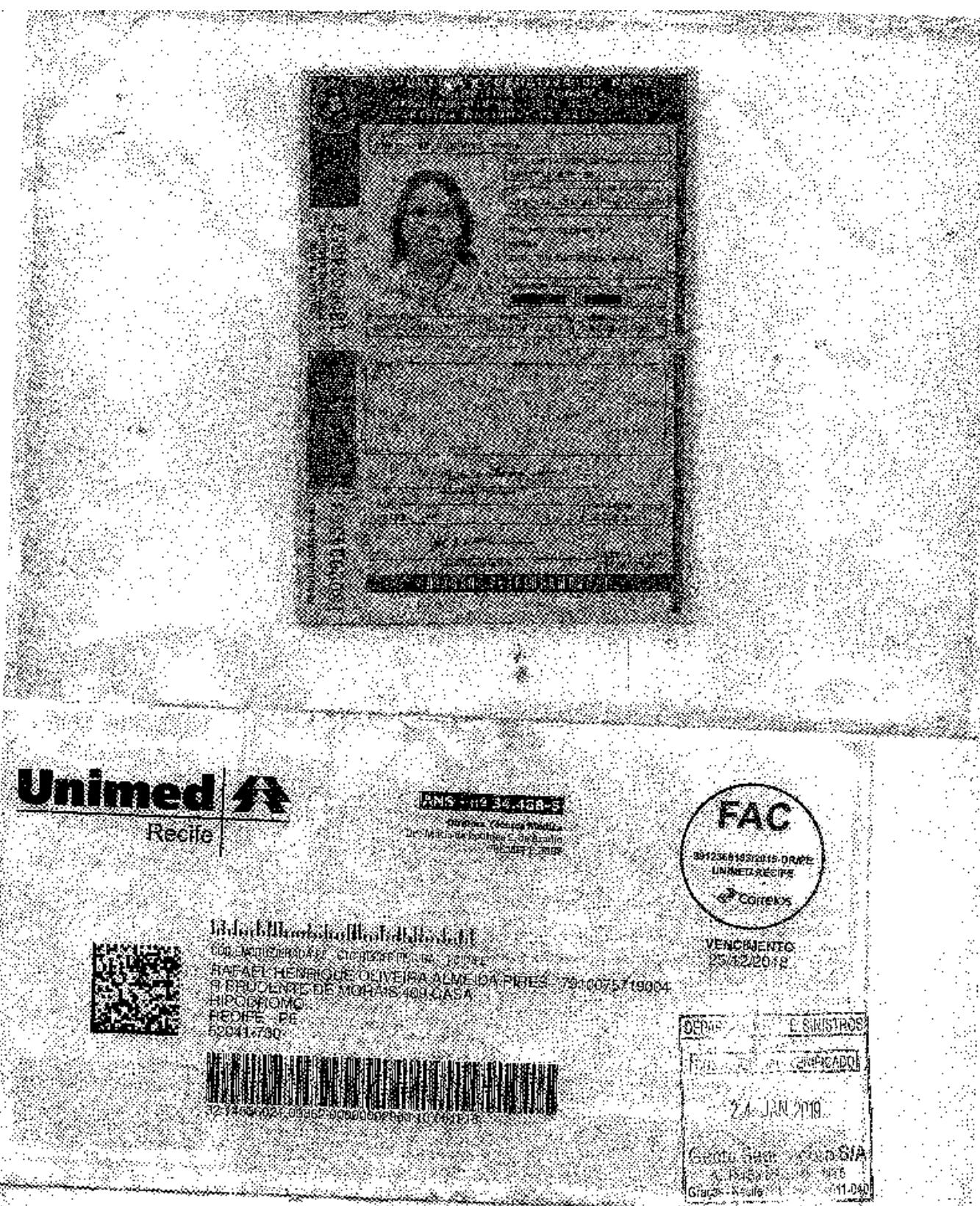
Consultar autenticidade em [www.servicenotarial.com.br](http://www.servicenotarial.com.br).

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	VERIFICADO
24 JAN 2019	Gente Seguradora S/A Av. Rio Branco, 713 Local Graciosa-Recife-PE-5201-060



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:06:33  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615063320300000069680577>  
Número do documento: 20111615063320300000069680577

Num. 71069303 - Pág. 10



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: SÃO LOURENÇO 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

*Locorectal palpável agudo de quatro dias de evolução com febre e dor abdominal*

Exame Físico

*Exame clínico exibe febre de 38,5°C, taquicardia de 120 bpm, pressão arterial de 120/80 mmHg. Exame abdominal com dor intensa e constante no abdômen central, com levemente maior intensidade no epigástrico. Ausculta abdominal com sons de baixa intensidade.*

Hipótese Diagnóstica

*Próstata de baixa de 35 mililitros*

Conduta Terapêutica

*Analgesico e oxigênio baixa fer e gaseosidade*

Prescrição Médica

*Analgesico e oxigênio baixa fer e gaseosidade*

*Marcos L.S. Filho  
Intubação Ortopédica  
ASTEGO/PE  
Mat. 6076*

Destino: (  ) Encaminhado ao Ambulatório (  ) Residência

Transferido:

Para:

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Senha:

*Analise Santos da Silva  
CORRENTE 536*

24 JAN 2019

Carimbo/Médico

*Gente Seguradora SA*



935330

Usuario Triagem: 595 07/02/2018

*UPA - SÃO LOURENÇO  
CONFIRDO  
Nº DO PEDIDO  
ASS. JUNO*

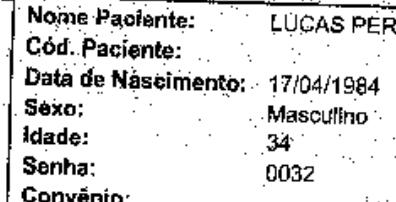


# UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

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: 

Cor:  VERDE

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

Observação: ALERGIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Gente Seguradora SIA  
Av. Rui Barbosa 735 Loja 5  
Cracá - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22011-040

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:06:33  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615063320300000069680577>  
Número do documento: 20111615063320300000069680577

Num. 71069303 - Pág. 13

Atendimento: 955315

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

Especialidade:

Senha da Classificação:

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 JOSÉ SOUSA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - CLÍNICO

CRM: 4569

Endereço: PAULO GUERRA

PAUDALHO 14

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: SÃO LOURENÇO DA MATA PE

Cep: 54735000

Usuário Atendimento: ADRIANACCC

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 98065340

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

**Queixa Principal****Exame Físico****Conduta Terapêutica****Prescrição Médica**Destino:  Encaminhado ao Ambulatório  Residência

24 JAN 2019

Transferido:

Para:

Gente Seguidora SIA

Senha: 98065340

Data: 03/11/2018

Hora: 07:13:00

IP: 10.0.2.1

Versão: 1.0.0.6

Data: 03/11/2018

Hora: 07:13:00

IP: 10.0.2.1

Versão: 1

# UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO 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:

TRAZIDO POR BOMBEIROS..N1196184

REFERE DOR EM MSD E MID, APOS ACIDENTE DE MOTO.

DOR MODERADA. AGUARDA A CHEGADA DA ORTOPEDIA.

Observação:

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



118  
05330



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:06:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615063320300000069680577>  
Número do documento: 20111615063320300000069680577

Num. 71069303 - Pág. 16

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Pereira de Souza

RG nº 7992176, data de expedição 11/11/11,  
Órgão SOS, portador do CPF nº 09888944456, 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  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Helos Pereira de Souza cujo o condutor era  
Luis Pereira de Souza.

Veículo: Moto

Modelo: Honda INKR 160 Bros, Preto

Ano: 2015

Placa: PDD-3302

Chassi: 9L2KD00910PR416413

Data do Acidente: 03/11/2018

Local e Data: 07/01/2019

Assinatura do Declarante (José Pereira)

Luis Pereira de Souza

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

(Luis Pereira)

Serviço Notarial de Paudalho - Mônica Machado Campos - Tabelião Titular

Rua Graciosa Silveira, 66 - Centro - Paudalho/PE - Cep: 55830-000 - Fone: (81) 3636-1024 - [www.servicodenotarialm.com.br](http://www.servicodenotarialm.com.br)  
Reconheço por, AUTENTICIDADE, a firma: JOSE PEREIRA DE SOUSA, do(s) fér, Paudalho/PE, 07/01/2019, 13:50. RENATO FELIPE A. DE SANTANA, Escrevente, Email: 3.39, TSMR: C.80/ FERC: C.40, ISS: R\$ 0,20, Selo: Digital 0073940, EKQ12201803.C0236

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DEPÓSITO VERIFICADO

24 JAN 2019

Serviço Notarial de Paudalho - Mônica Machado Campos - Tabelião Titular

Rua Graciosa Silveira, 66 - Centro - Paudalho/PE - Cep: 55830-000 - Fone: (81) 3636-1024 - [www.servicodenotarialm.com.br](http://www.servicodenotarialm.com.br)  
Reconheço por, AUTENTICIDADE, a firma: LUIS PEREIRA DE SOUSA, do(s) fér, Paudalho/PE, 07/01/2019, 13:50. RENATO FELIPE A. DE SANTANA, Escrevente, Email: 3.39, TSMR: C.80/ FERC: C.40, ISS: R\$ 0,20, Selo: Digital 0073940, EKQ12201803.00237

Gente Seguradora S/A

Av. Rio Barbosa, 715 Loja 6

Recife - PE - CEP: 5011-040

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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu Sheila de Oliveira Maura, inscrito (a) no CPF/CNPJ 633376654-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUCIOL PEREIRA DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 096257304-35, da sinistro de DPVAT cobertura Pompeia, da Vítima Lucas Pereira de Souza, 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 Lider-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 Mursi, 02</u>		Número	<u>409</u>	Complemento	<u>-</u>	
Bairro	<u>Hipódromo</u>	Cidade	<u>Ribeirão Preto</u>	Estado	<u>SP</u>	CEP	<u>14041750</u>
Email			Telefone comercial (DDD)	<u>(16) 30828468</u>		Telefone celular (DDD)	<u>(16) 998200000</u>

(16) 30828468

DEclarante DE Sua/Seu

DNI X 400 VERIFICADO

24 JAN 2019

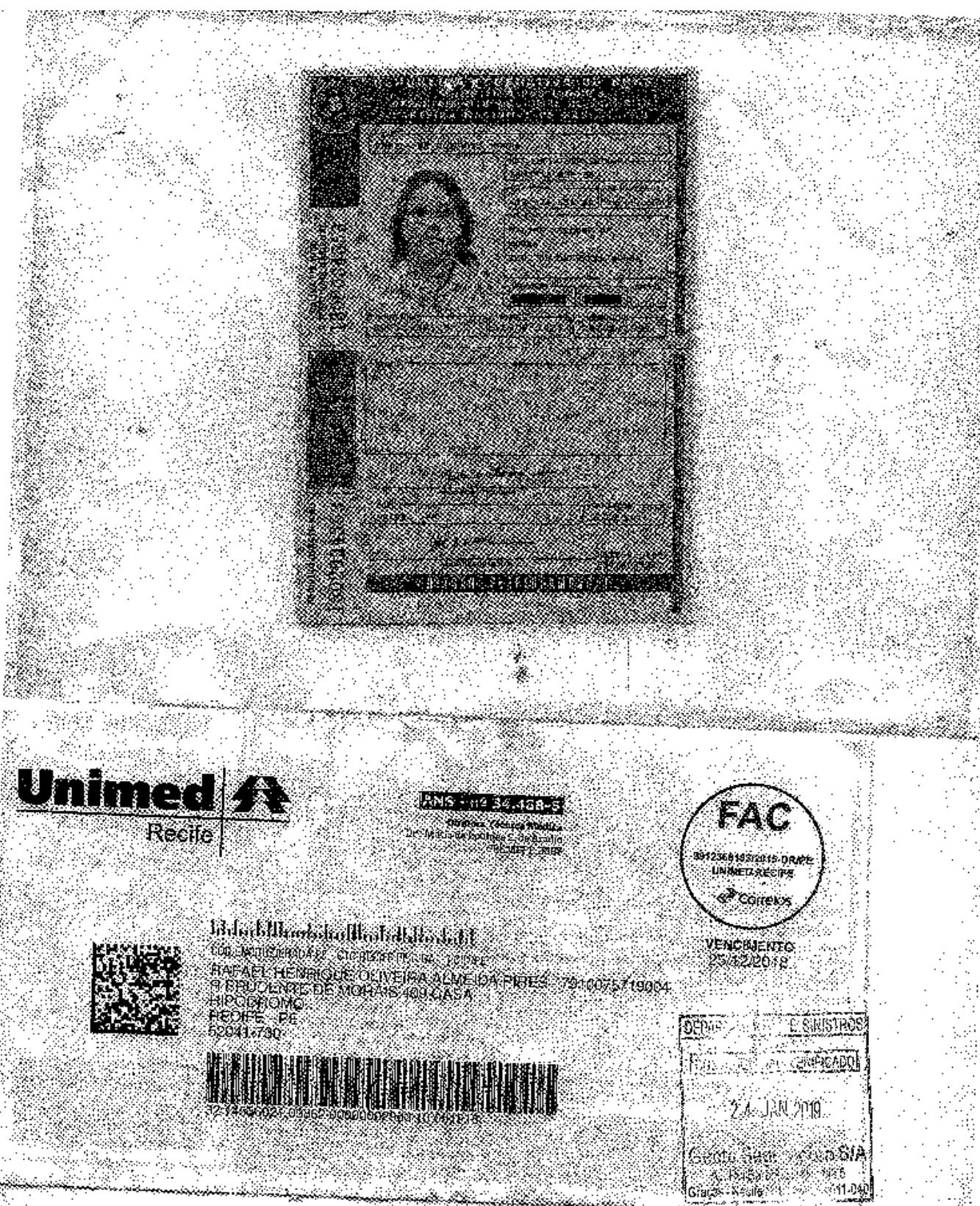
Gente Seguradora S/A  
Av. Rio Branco, 716, Loja 6  
Centro - Ribeirão Preto - SP - 14010-140

Sheila de Oliveira Maura  
Assinatura do Declarante

DI.DRL.001 V001/2017









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

**C E R T I D Ã O**

**Certidão nº 2018APH001731 Div. Op.**

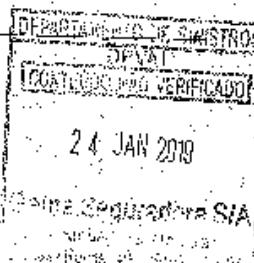
Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr.(a) LUIS PEREIRA DE SOUSA, 33 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 7399145 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 081.575.334-90, residente à RUA PAULO GUERRA, nº 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) QUIDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA HONDA BROS, PRETA, PDD3302-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr.(a) LUCAS PEREIRA DE SOUZA, inscrito sob o CPF nº 096.257.304-35 e Registro Geral nº 7032442, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707049-7 ANAILTON. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO DE SÃO LOURENÇO DA MATA. Registrado(a) com o prontuário nº 60795. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPII.

Posição em 19/12/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.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:**  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	09625730435	Lucas Pereira de Souza
INFORMAÇÕES SOBRE O VÍTIMA		
Nome completo:		CPF:
Lucas Pereira de Souza		09625730435
Profissão:	Número:	
Autônomo	Endereço:	Complemento:
	Rua Paedalho	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Chá de Cruz	Paedalho	PR
E-mail:	CEP:	
	55825 000	
	Tel. (DDD):	
	16 998065340	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
<b>RENDIMENTO MENSAL:</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> <b>RECUSO INFORMAR</b>		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
<b>INFORMAR A AGÊNCIA DE QUEM INFORMA O ENDERECO DA RESIDÊNCIA</b> - ESTA PÁGINA PODE SER LIGADA				
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
<b>AGÊNCIA:</b> <b>4739</b>		<b>CONTA:</b> <b>11902</b>	<input type="checkbox"/> (Inserir o dígito se existir) <input type="checkbox"/> (Inserir o dígito se existir)	

**Autorizo** a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indemnização/crematório do Seguro DPVAI a que eu tiver direito, recorrendo o dendo, desde já e somente após a efetivação do crédito, cútigo total do valor recebido.

**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.**

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:			
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
			Vivos:	nasцturo (vai nascer):	Falecidos:			paцs/avós vivos?	
Estou ciente de que a Seguradora Lice pagará, caso devidos, a indemnizaцao do Seguro DWAT por morte de qualquer beneficiário que se apresentarem e proverem esta condic茫o, estando ciente, a nda, de que qualquer omiss茫o ou declara茫o n茫o verdadeira poder谩 gerar a obriga茫o de ressarcir o valor recebido, alme da responsabilidade criminal por infra茫o do artigo 259 do C芒dito Penal.									

Local e Data:	TESTEMUNHAS	DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Nome:	1 <sup>a</sup>   Nome:	ROGATÓN DE VERIFICAÇÃO
CPF:	CPF:	Assinatura 2019
Assinatura de quem assina A ROGO		Centro Seguradora S/A
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Av. Rio Branco, 115, Lote 5 Centro - Aracaju - SE - CEP: 49010-000

**Assinatura do Representante Legal (se houver)**

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

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE - C.R.E E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS OS HABITANTES DA UNIDADE FAMILIAR.**

NECESSARIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E CONTRATO/AVANTE DE RESIDÊNCIA SE VELHO

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:06:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/19/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615063320300000069680577>  
Número do documento: 20111615063320300000069680577

Num. 71069303 - Pág. 22

005 80091195

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 006ª CIRCUNSCRICAO - CORDEIRO - DP6ºCIR  
DIM/2ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 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** Perto a: **MUNICÍPIO DE CAMARAGIBE, 01 - Bairro: VILA DA FÁBRICA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )**  
**JOSE 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): JOSE PEREIRA DE SOUSA**

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

**LUCAS PEREIRA DE SOUSA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Me: 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**

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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:06:33

04/02/2010 14:07

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

Complemento / Observação

**INFORMA A VITIMA QUE SEGUIA PELA LOCALIDADE NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 GROS, COR PRETA, ANO 2015, PLACA PDD-3302, DE PROPRIEDADE DE JOSE PEREIRA DE SOUSA E QUE ERA PILOTTADA POR LUIS PEREIRA DE SOUSA QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU EM DIA FRONTE VINDO O PILOTO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E CAIR NO CHAO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS E LEVADO PARA A UPA DE SÃO LOURENÇO DA MATA CONFORME ATENDIMENTO N° 955334.**

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

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

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



*ASL-00200-15/19*  
*Juliana.kura.0007*  
*15/02/2019 11:51:34*

*ASL-00200-15/19*  
*Juliana.kura.0007*  
*15/02/2019 11:51:34*



497056  
0028945/19

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

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

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

Complementa o BO Número: **19E0096000133**

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DP 6º
CONTENDO: NÃO VERIFICADO
23/01/2019
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 218 Lote 3 Graças - Recife - PE 52015-000

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**LUCAS PEREIRA DE SOUSA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ SOUSA** Pai: **SEVERINO PEREIRA DE SOUSA** Data de Nascimento: **17/4/1984** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **RUA PAUDALHO, N° 14, CHÁ DE CRUZ, PAUDALHO/PE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

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

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



Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

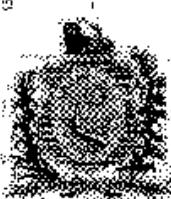
**INFORMA A VITIMA QUE SEGUIA PELA LOCALIDADE NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 BROS, COR PRETA, ANO 2015, PLACA PDD-3302, DE PROPRIEDADE DE JOSÉ PEREIRA DE SOUSA E QUE ERA PILOTA POR LUIS PEREIRA DE SOUSA QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU EM SUA FRENTE VINDO O PILOTO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E CAIR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

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

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

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

497056



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096000133**

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

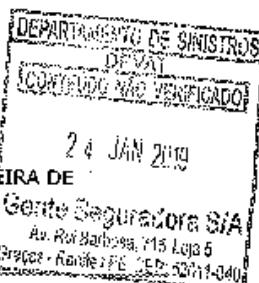
Complementa o BO Número: **19E0096000105**

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**LUCAS PEREIRA DE SOUSA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ SOUSA** Pai: **SEVERINO PEREIRA DE SOUSA** Data de Nascimento: **17/4/1984** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Residencial: **RUA PAUDALHO, N° 14, CHÁ DE CRUZ, PAUDALHO/PE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

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

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



Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

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

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DO VAT
<input checked="" type="checkbox"/> CONFERIDO E VERIFICADO
24 JAN 2019
Gente Seguradora: S/A
Rua das Flores, 713 - 1º andar
Gragoatá - Rio de Janeiro - CEP: 26511-410





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
09625730435		Lucas Pereira do Souza	
PERÍODO DE INSCRIÇÃO DO SEGURO: 01/01/2019 ATÉ 31/12/2019 (PERÍODO DE INSCRIÇÃO DO SEGURO: 01/01/2019 ATÉ 31/12/2019)			
Nome completo:		CPF:	09625730435
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Autônomo	Rua Paedalho	14	-
Barro	Cidade:	Estado:	CEP:
Chá de Cruz	Raudalho	PE	55825 000
E-mail: <a href="mailto:(81)998065340">(81)998065340</a>			

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

**RENDAS CADASTRAIS**  
RENDAS CADASTRAIS:  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 - ANEXAR CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)	
AGÊNCIA: 4739	CONTA: 15902 5	(Informar o dígito se existir)	

**Autorizo** a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/semelhante do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recorrendo o dendo, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

**INSCRIÇÃO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORTEZIA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

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

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

Peço motivo assinalado, se houver o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, corrigindo, desde já, em me submeter à avaliação médica das custas da Seguradora Lider para validação da existência e quantificação das lesões permanentes deca:entes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/71, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE FÍSICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORTEZIA DE BENEFÍCIOS**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data da 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 pais/avós vivos?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos: Falecidos: (\*) Assinatura de quem assina o RÔGO  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS		DEPARTAMENTO DE SINISTROS
1º   Nome:	CPF:	100% DE AVANÇO VERIFICADO
		Assinatura 2019
2º   Nome:	CPF:	Gente Seguradora S/A
		Av. Rui Barbosa, 15, Loja 6 Cuiabá - MT - CEP: 78010-000
Assinatura		

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, 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.

16/11/2020



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

0058009/19

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	09625730435	Lucas Pereira de Souza	
DETALHAMENTO DE INFORMAÇÕES DA VÍTIMA (INCLUI RENDIMENTO, INSCRIÇÃO EM LISTA DE BENEFICIÁRIO, CIRCULAÇÃO, SUSEP, INSCRIÇÃO DE CONTA)			
Nome completo:		CPF:	09625730435
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Autônomo	Rua Paulo Guerra	84	-
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Era de Cruz	Paraná	PR	55825-000
E-mail:		Tel.(DDI): (81) 298065340	

**DADES CADASTRAIS**

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

**RENDIMENTO:**

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

**DETALHAMENTO DE BENEFÍCIOS DA INSCRIÇÃO EM LISTA DE BENEFICIÁRIO (INCLUI RENDIMENTO, INSCRIÇÃO DE CONTA)**

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4739 CONTA: 32902 5 <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

**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 INSCRIÇÃO DE VÍTIMA DE IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA OS REQUERIMENTOS 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 invalides 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 da pedição.

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

**DECLARAÇÃO DE INSCRIÇÃO DE VÍTIMA DE MÓRTE (INCLUI RENDIMENTO, INSCRIÇÃO DE CONTA)**

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou:  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Nasceu (val nascer)? \_\_\_\_\_

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 descaracterização não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

**TESTEMUNHAS**

Local e Data: Recife, 02/04/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina a RGQ  
Lucas Pereira de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

Assinatura

Assinatura

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

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

MEU RGQ / RGQ

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** Lucas Pereira de Souza, brasileiro(a), estado civil solteiro, CI/ RG nº 703244250, CPF/MF sob nº 096.257.304-35, residente e domiciliado à rua Rua Paulo Guerra, nº 14, Bairro: Crô de Creiz, 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 Suscp, 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 janeiro de 2018.

Lucas Pereira De Souza  
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

Serviço Notarial de Paudalho - Mônica Machado Coelho - Teléfones: 3006-1023 / 98818-5500 - [www.servicenotarial.com.br](http://www.servicenotarial.com.br)

Reconheço por, AUTENTICIDADE a firma: LUCAS PEREIRA DE SOUSA, do nº 14, Paudalho/PE, 07/01/2019, 13:57. RENATO FELIPE A. DE SANTANA, Escrivão, Fone: 3006-1023, TSNR: 0,8C, FERCI: 0,4C, ISSI: R\$ 10,20, Selo Digital: 0073940,00X12201803,00236

Consultar autenticidade em [www.servicenotarial.com.br](http://www.servicenotarial.com.br).

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	VERIFICADO
24 JAN 2019	Gente Seguradora S/A Av. Rio Branco, 713 Local 6 Graciosa-Recife-PE-CEP: 5211-060

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 07/02/2019

**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 EVIDENCIAM 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.seguradoraalider.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:

<https://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.asp?xtipo=1&ordem=1>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Suelo do Oliveira Maia inscrito (a) no CPF/CNPJ 633376654, de  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucas Pereira de Souza inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 096257304, 35, do sinistro de DPVAT cobertura Ronreliclaz da Vítima  
Lucas Pereira de Souza, 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 da endereço acima.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implica:

Endereço	Rua Presidente do Brasil		Número	409	Complemento	-	
Bairro	Hipódromo	Cidade	Recife	Estado	PE	CEP	52061730
Email	—		Telefone comercial (DDD)	(81) 30828465		Telefone celular (DDD)	—
Local: Data						DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA	
Local: Data						21 JAN 2019	
Local: Data						Gente Seguradora SIA Av. Rio Branco, 715, Loja 6 Recife - PE - CEP: 52015-000	

DLR81-071 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:06:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615063320300000069680577>  
Número do documento: 20111615063320300000069680577

Num. 71069303 - Pág. 33

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Pereira de Souza

RG nº 7992176, data de expedição 11/11/11,  
Órgão SOS, portador do CPF nº 09888944456, 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  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Helos Pereira de Souza cujo o condutor era  
Luis Pereira de Souza.

Veículo: Moto

Modelo: Honda INKR 160 Bros, Preto

Ano: 2015

Placa: PDD-3302

Chassi: 9L2KD00910PR416413

Data do Acidente: 03/11/2018

Local e Data: 07/01/2019

Assinatura do Declarante (José Pereira)

Luis Pereira de Souza

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

(Luis Pereira)

Serviço Notarial de Paudalho - Mônica Machado Campos - Tabelião Titular  
Rua Graciosa Silveira, 66 - Centro - Paudalho/PE - Cep: 55830-000 - Fone: (81) 3636-1024 - www.tabelionatm.com.br  
Reconheço por, AUTENTICIDADE, a firma: JOSE PEREIRA DE SOUSA, do(s) fér, Paudalho/PE, 07/01/2019, 13:50. RENATO FELIPE A. DE SANTANA, Escrevente, Email: 3.391, TSMR: C.801, FERCI: C.40, ISS: R\$ 0,20, Selo: Digital, C07394C, EKQ12201803.C0236

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
24/01/2019  
CORDEIRO BIA  
CORDEIRO BIA VERIFICADO

24 JAN 2019

Serviço Notarial de Paudalho - Mônica Machado Campos - Tabelião Titular  
Rua Graciosa Silveira, 66 - Centro - Paudalho/PE - Cep: 55830-000 - Fone: (81) 3636-1024 - www.tabelionatm.com.br  
Reconheço por, AUTENTICIDADE, a firma: LUIS PEREIRA DE SOUSA, do(s) fér, Paudalho/PE, 07/01/2019, 13:50. RENATO FELIPE A. DE SANTANA, Escrevente, Email: 3.391, TSMR: C.801, FERCI: C.40, ISS: R\$ 0,20, Selo: Digital, C07394C, EKQ12201803.00237

Gente Seguradora S/A  
Av. Rio Barbosa, 715 Loja 5  
Santo Amaro - PE - CEP: 52110-040

Reconheço P/ Autenticidade

