



ENCUENTRO DA UNIDADE EDUCATIVA

RUA DA LINDA 13

CENTROGRANITO
GRANITO PIRE
56160-000

7010003213	04/2019
24/04/2019	10/05/2019
75.97	

7010803213 04/2018

Journal of Interpersonal Violence 28(6)

24/04/2019 10/05/2019

16047019 201403457 127004

76-97

22.0000000	0.7736052	71.35
		1.18
		0.81
		1.71
		0.22
		0.33

2007-05-27

DEMONSTRATING HE CHANGED HIS VOTE WHEN

[illegible][illegible]

RECEIVED BY DEPOSITARY

Figure 1 illustrates the location of the study area, which is situated in the northern part of the Iberian Peninsula, approximately 10 km from the Atlantic Ocean. The study area is located in the northern part of the Iberian Peninsula, approximately 10 km from the Atlantic Ocean. The study area is located in the northern part of the Iberian Peninsula, approximately 10 km from the Atlantic Ocean.

1. **Príloha č. 1**
 2. **Príloha č. 2**
 3. **Príloha č. 3**
 4. **Príloha č. 4**
 5. **Príloha č. 5**
 6. **Príloha č. 6**
 7. **Príloha č. 7**
 8. **Príloha č. 8**
 9. **Príloha č. 9**
 10. **Príloha č. 10**
 11. **Príloha č. 11**
 12. **Príloha č. 12**
 13. **Príloha č. 13**
 14. **Príloha č. 14**
 15. **Príloha č. 15**
 16. **Príloha č. 16**
 17. **Príloha č. 17**
 18. **Príloha č. 18**
 19. **Príloha č. 19**
 20. **Príloha č. 20**
 21. **Príloha č. 21**
 22. **Príloha č. 22**
 23. **Príloha č. 23**
 24. **Príloha č. 24**
 25. **Príloha č. 25**
 26. **Príloha č. 26**
 27. **Príloha č. 27**
 28. **Príloha č. 28**
 29. **Príloha č. 29**
 30. **Príloha č. 30**
 31. **Príloha č. 31**
 32. **Príloha č. 32**
 33. **Príloha č. 33**
 34. **Príloha č. 34**
 35. **Príloha č. 35**
 36. **Príloha č. 36**
 37. **Príloha č. 37**
 38. **Príloha č. 38**
 39. **Príloha č. 39**
 40. **Príloha č. 40**
 41. **Príloha č. 41**
 42. **Príloha č. 42**
 43. **Príloha č. 43**
 44. **Príloha č. 44**
 45. **Príloha č. 45**
 46. **Príloha č. 46**
 47. **Príloha č. 47**
 48. **Príloha č. 48**
 49. **Príloha č. 49**
 50. **Príloha č. 50**
 51. **Príloha č. 51**
 52. **Príloha č. 52**
 53. **Príloha č. 53**
 54. **Príloha č. 54**
 55. **Príloha č. 55**
 56. **Príloha č. 56**
 57. **Príloha č. 57**
 58. **Príloha č. 58**
 59. **Príloha č. 59**
 60. **Príloha č. 60**
 61. **Príloha č. 61**
 62. **Príloha č. 62**
 63. **Príloha č. 63**
 64. **Príloha č. 64**
 65. **Príloha č. 65**
 66. **Príloha č. 66**
 67. **Príloha č. 67**
 68. **Príloha č. 68**
 69. **Príloha č. 69**
 70. **Príloha č. 70**
 71. **Príloha č. 71**
 72. **Príloha č. 72**
 73. **Príloha č. 73**
 74. **Príloha č. 74**
 75. **Príloha č. 75**
 76. **Príloha č. 76**
 77. **Príloha č. 77**
 78. **Príloha č. 78**
 79. **Príloha č. 79**
 80. **Príloha č. 80**
 81. **Príloha č. 81**
 82. **Príloha č. 82**
 83. **Príloha č. 83**
 84. **Príloha č. 84**
 85. **Príloha č. 85**
 86. **Príloha č. 86**
 87. **Príloha č. 87**
 88. **Príloha č. 88**
 89. **Príloha č. 89**
 90. **Príloha č. 90**
 91. **Príloha č. 91**
 92. **Príloha č. 92**
 93. **Príloha č. 93**
 94. **Príloha č. 94**
 95. **Príloha č. 95**
 96. **Príloha č. 96**
 97. **Príloha č. 97**
 98. **Príloha č. 98**
 99. **Príloha č. 99**
 100. **Príloha č. 100**

Downloaded At: 11:22 11 September 2009

7016603213	04/2019	24/04/2019	75.97
------------	---------	------------	-------

83880000000-3 75970011007-6 01680321310-3 13848067553-6



24 JUN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SEÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO

8728-5

79326376

Francisco A.C. Leite

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

64.919.565-6 - 1 via 23/08/2018

FRANCISCO ARENILTON CORDEIRO LEITE

FRANCISCO CORDEIRO DA SILVA
MARIA AULEZITA LEITE DA SILVA

GRANITO - PE 21/05/1978

IGARAPAVA-SP IGARAPAVA CC-LV.824 /FLS.85 /Nº05485

027587024/36 12641426171

[Signature]
Diretor de Polícia Estadual - SP

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 25/04/03

24 JUN 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393529 **Cidade:** Aramina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO leve
TRAUMA TORÁCICO FECHADO À ESQUERDA. P13
FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO. P 10,11

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM PLEURAL À ESQUERDA; FÊMUR: HASTE INTRAMEDULAR). P4, 5
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0211882/19

Número do Sinistro: 3190393529

Vítima: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

CPF: 027.587.024-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO AREMILTON
CORDEIRO LEITE

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE : 027.587.024-36

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: 09/07/2019

Nome: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

CPF: 027.587.024-36

FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2019

Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0211882/19

Vítima: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

CPF: 027.587.024-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO AREMILTON
CORDEIRO LEITE

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE : 027.587.024-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 24/06/2019
Nome: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE
CPF: 027.587.024-36

FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190393529

Vítima: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190393529

Vítima: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

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

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190393529

Vítima: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000005788-6

Conta: 00000011177-5

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 027.587.024-36 Nome completo da vítima: FRANCISCO ARENILTON CORDEIRO LEITE

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

Nome completo: Francisco Arenilton Cordeiro Leite CPF: 027.587.024-36

Profissão: Aquicultor Endereço: Rua da União Número: 32 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Granito Estado: PE CEP: 56.160-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (87) 93208-9208

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2130 CONTA: 34220

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data: Ourem 21/06/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A SEU ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Precursor (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

24 JUN 2019

(*) 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.

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: 027.587.024-36 Nome completo da vítima: FRANCISCO ARENILTON CORDEIRO LEITE

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

Nome completo: Francisco Arenilton Cordeiro Leite CPF: 027.587.024-36

Profissão: Aquicultor Endereço: Rua da União Número: 32 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Granito Estado: PE CEP: 56.160-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (87) 93208-9208

DADOS CADASTRAIS

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) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2130 CONTA: 34220

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data: Ourem 21/06/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A SEU ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Precursor (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

24 JUN 2019

(*) 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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
027-587-024-36 FRANCISCO ARENILTON CORDEIRO LEITE

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

5 - Nome completo: Francisco Arenilton Cordeiro Leite
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua da União 9 - Número: 12 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Granito 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.160-000
15 - E-mail: (87) 9208-8653

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 5788 CONTA: 011177 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vênsero)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Olinda 04/07/2019

Francisco A.C. Leite

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

v. 3.0.1

☒ BO/PM ☐ TC/PM

SUBTIPO DE OCORRÊNCIA

☒ TRÂNSITO ☐ AMBIENTAL ☐ OUTROS

DATA DE ELABORAÇÃO:
01/05/2018

CÓDIGO DA OPM:
620034000

NÚMERO:
201805011220831

ORIGEM DA COMUNICAÇÃO

Hora da Comunicação:

20:54:04

Solicitante:

Patrulha R03422

Endereço Fornecido:

RODOVIA SP 330, 439

Município/Estado:

ARAMINA / SP

Telefone para contato:

Não informado

Forma de Solicitação:

VIA SIOPM

Bairro:

ARLINDO ALVES DE ALM

Complemento:

Não informado

Ponto de Referência:

Não informado

DADOS DA OCORRÊNCIA

Natureza da ocorrência:

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA

Data do fato:

01/05/2018

Dia da Semana:

Terça - Feira

Logradouro (Av, rua, número, etc.):

RODOVIA SP 330, 439

Município:

ARAMINA / SP

Ponto de referência:

ARAMINA

Latitude:

0

Longitude:

0

CTRF:

Não informado

Código ocorrência:

L08

Unidade de Serviço:

R03422

Hora do Fato:

20:20:00

Hora Local:

20:47:00

Hora Final:

22:54:00

Bairro:

ZONA RURAL

Complemento (Andar, Apto, Bloco, Etc):

KM 439,950 SUL

Outro local relacionado a ocorrência:

Não informado

Documentos relacionados ao fato:

CARACTERÍSTICAS DO LOCAL

Local:

RODOVIA

Iluminação:

NOITE S/ LUZ ARTIFIC

Ambiente:

Externo

Complemento:

Não informado

Tempo:

Bom

Preservado:

Não

ANEXOS

TIPO ANEXO	QUANTIDADE ANEXO
<input checked="" type="checkbox"/> QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS	1
<input type="checkbox"/> REGISTRO DE APREENSÕES	0
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRO DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO	1
<input type="checkbox"/> REGISTRO DE OCORRÊNCIA AMBIENTAL	0
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRO FOTOGRÁFICO	1
<input type="checkbox"/> AUTO DE INFRAÇÃO AMBIENTAL	0
<input type="checkbox"/> REQUISIÇÃO DE EXAMES PERICIAIS	0
<input type="checkbox"/> NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA (NOC)	0
<input checked="" type="checkbox"/> RELATÓRIO DE AUTORIDADE POLICIAL	1
<input type="checkbox"/> OUTROS	0
TOTAL DE ANEXOS	
4	

24 JUN 2019



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE Ocorrência
DE Trânsito**

☒ **RODOVIÁRIO** ☐ **URBANO**

NÚMERO:
201805011220831

Nº
1/4

DADOS GERAIS

Via: **RURAL**

Sentido da Via: **SUL**

Velocidade Max.Permitida: **110**

Concessionária: **VIANORTE**

Tipo de Acidente: **COLISÃO FRONTAL**

Número de Veículos Envolvidos:

1 Danificados

0 Sem Danos

0 Evadidos

Número de Passageiros

0 Mortos

0 Feridos

0 Ilesos

Número de Condutores:

0 Mortos

0 Feridos

1 Ilesos

Número de Pedestres:

0 Mortos

0 Feridos

0 Ilesos

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO LOCAL

Via com Pista:

DUPLA

Faixas de Rolamento:

4

Mão de direção:

ÚNICA

Traçado da Pista:

RETA

Relevo da Pista:

INCLINADO

Separação Física Central:

SIM, SEM ANTIOFUSCANTE

Defesa/Barreira:

NÃO

Tipo de Pavimento:

ASFALTO

Condições da Pista:

BOA

Superfície da Pista:

SECA

Obras de Arte:

NÃO HÁ

Condições do(s) Acostamento(s):

BOA

Largura: **Não Informado**

Condições da(s) Calçadas:

NÃO HÁ

Largura: **Não Informado**

Obras na Pista:

NÃO HÁ

Semáforo:

INEXISTENTE

Fumaça:

NÃO

Sinalização Vertical

BOA

Sinalização Horizontal:

BOA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO QUALIFICADO- 1

Condição:
CONDUTOR

Nome Completo:

DIEGO SALVIANO DA SILVA

Uso de Cinto:

SIM

Gravidade das Lesões:

ILESO

Capacete:

Não Informado

Posição no Veículo:

Não Informado

Condições Adversas Alegadas:

VIDE RELATÓRIO

Infração(ões) Constatada(s): **NÃO**

VEÍCULO - 1

Cod. Renavan:
893686433

Placa:
JTG6657

Município:
GOIANIA

UF:
GO

Chassi:
9BD15802764880404

Espécie/Tipo:
AUTOMÓVEL

Marca/Modelo:
FIAT/UNO MILLE FIRE

Ano Fabricação:
2006

Categoria:
VEÍCULO

Cor Predominante:
BRANCA

24 JUN 2019



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA
DE TRÂNSITO**

☒ **RODOVIÁRIO** ☐ **URBANO**

NÚMERO:
201805011320831

Nº
2/4

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO VEÍCULO - 1

Nome do Proprietário: **CPF: 963.325.7311-04**

Tipo Carga:

SEM CARGA

Configuração da Carga:

Não Informado

Manobra do Veículo:

CIRCULANDO

Estado Geral do Veículo: Estado dos Pneus:

BOA

BOA

Nº de Passageiros:

Não Informado

Estado das Luzes

BOA

Estado das Luzes Traseiras:

BOA

Irregularidades:

NÃO HÁ

Extensão da Marca de Frenagem em

0

Infração(ões) Constatada(s):

NÃO

Danos no veículo:

SIM

Classificação de Danos:

PEQUENO

Objeto(s) no Interior do veículo:

NÃO HÁ

Removido Para:

ARAMINA

Removido Por:

CONDUTOR

Meio de Remoção:

RODANDO

Situação

LIBERADO

24 JUN 2019



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE Ocorrência
DE TRÂNSITO**

☒ **RODOVIÁRIO** ☐ **URBANO**

NÚMERO:
201905011220831

Nº
4/4

CROQUI



AUTORIDADE POLICIAL-MILITAR:

Posto/Grad: CB PM

Assinatura: *[Handwritten Signature]*

24 JUN 2019



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

REGISTRO FOTOGRÁFICO

NÚMERO

201805011220831

Nº FL:

1/1

FOTOS DA OCORRÊNCIA



(Foto Veículo) JTG6657 - FIAT/UNO MILLE FIRE
FLEX



(Foto Veículo) JTG6657 - FIAT/UNO MILLE FIRE
FLEX



(Foto Veículo) JTG6657 - FIAT/UNO MILLE FIRE
FLEX



(Foto Veículo) JTG6657 - FIAT/UNO MILLE FIRE
FLEX

AUTORIDADE POLICIAL-MILITAR

Data: 01/05/2018

RE: 110002

Posto/Grad: CB PM

Nome de Guerra: GONCALVES

Assinatura:

24 JUN 2019



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

NÚMERO

Nº FL:

201805011220831

1/2

PESSOA FÍSICA

Nº:	Condição:	Nome completo:	RG:	UF:
1	CONDUTOR	DIEGO SALVIANO DA SILVA	5470958	GO
Nome social:		Pai:	Mãe:	
Não informado		ALBERTO SALVIANO CABRAL	EUNICE MARIA DA SILVA CABRAL	
Sexo:	Gênero	Apresenta deficiência:		
MASCULINO	Não informado	NÃO		
Nacionalidade		Naturalidade:	UF:	Data de Nascimento:
BRASILEIRA		JUSSARA	GO	09/10/1990
Cúlis (Pele):	Estado civil:	Profissão:	Outro DOC	Número
BRANCA	CASADO	FISCAL	Não informado	Não informado
Endereço (av, rua, número, etc):		Complemento (andar, apto, bloco, etc):		
RUA OITO, 1		QUADRA 34 L 6		
Bairro:		Município:	UF:	CEP:
RESIDENCIAL TRIUNFO		GOIANIRA	GO	75370000
Telefone:	Email:			
62993490747	Não informado			
Nível de instrução:				
Superior				
CAT da CNH:	Número do registro:	Validade do exame:		
AB	04663901970	20/11/2018		
Socorrido para:	Socorrido por:			
Não informado	Não informado			

FUNCIONAL

Dados funcionais não cadastrados

24 JUN 2019



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

NÚMERO

201805011220831

Nº FL:

2/2

VERSÃO DA PESSOA QUALIFICADA

ALEGOU QUE TRANSITAVA COM O VEÍCULO FIAT/UNO PLACAS JTG6657 PELA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO UMA BICICLETA QUE TRANSITAVA NA CONTRAMÃO DE DIREÇÃO COLIDIU FRONTALMENTE COM SEU VEÍCULO.

ASSINATURA

Pessoa qualificada:

Autoridade policial militar:

24 JUN 2019



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

RELATÓRIO AUTORIDADE POLICIAL

NÚMERO

201805011220831

Nº FL:

1/1

DESCRIÇÃO

"O PRESENTE BOPM FOI LAVRADO COM O FIM DE REGISTRAR A OCORRÊNCIA, ABAIXO DESCRITA, SENDO AS PARTES QUALIFICADAS E SUAS VERSÕES COLHIDAS NESTE BOLETIM.
AO CHEGAR AO LOCAL DOS FATOS FOI CONSTATADO ATRAVÉS DOS VESTÍGIOS E ALEGAÇÃO DO CONDUTOR DIEGO SALVIANO DA SILVA DO VEÍCULO JTG6657 - FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX QUE O CONDUTOR DA BICICLETA CALOI VERMELHA NÚMERO 37516 PA, FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE, TRANSITAVA PELA CONTRAMÃO DE DIREÇÃO NA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO COLIDIU FRONTALMENTE COM VEÍCULO JTG6657 - FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX, QUE TRANSITAVA NO SENTIDO SUL DA VIA.
CONDUTOR DA BICICLETA FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE, RG 282696894 SSPCE, PAI FRANCISCO CORDEIRO DA SILVA, MÃE MARIA ALZELITA LEITE DA SILVA, NATURAL DE GRANITO-PE, DATA DE NASCIMENTO 21/05/1978, CASADO, RESIDENTE NA FAZENDA MONTE VIDEO, BAIRRO ZONA RURAL, MUNICÍPIO ARAMINA, CONTATO 16 991817794, SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA LOCAL, PARA SANTA CASA DE IGARAPAVA.
A BICICLETA FOI REMOVIDA PARA O POSTO ESTORIL, FICANDO A DISPOSIÇÃO DE FAMILIARES QUE ESTAVAM NO LOCAL.
FOI REALIZADA VARIAS TENTATIVAS DE CONTATO NA DELEGACIA DE POLÍCIA DE ARAMINA, ATRAVÉS DOS NÚMEROS 16 981835797, 16 999986499, ESCRIVÃO CIRILO, PORÉM SEM ÊXITO.
REGISTRADO NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA.
NÚMERO DE CONTROLE ESTATÍSTICO 149/340/18.

DESTINO DA OCORRÊNCIA

Juizado Especial Criminal: **Não Informado**

Delegacia de Polícia: **Não Informado**

Delegado Compareceu ao Local:

NÃO

Número do BO/PC:

Não Informado

AUTORIDADE POLICIAL-MILITAR

RE: 110002

Posto/Grad: CB PM

Nome de Guerra: GONCALVES

Assinatura:

COMANDANTE/ OFICIAL RESPONSÁVEL

Providências Complementares:

Despacho:

ENCAMINHAMENTO DE CÓPIA DE OCORRÊNCIA A DELEGACIA DE POLÍCIA DE ARAMINA POR MOTIVO DE ACIDENTE COM VITIMA CONFORME A RESOLUÇÃO SSP/SP 057.

RE: 921329

Posto/Grad: 1. SGT PM

Nome de Guerra: PETERSON

24 JUN 2019



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

**RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO
DE DANOS EM VEÍCULOS SINISTRADOS
(AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS)**

DATA DO FATO

CÓDIGO DA OPM

NÚMERO BOLETIM

01

05

2018

620034000

201805011220831

IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO AVALIADO E DO AVALIADOR

VEÍCULO (MARCA/MODELO)

FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX

PLACA

JTG6657

MUNICÍPIO

GOIANIA

UF

GO

CHASSI

9BD15802764880404

OPM

3.BPRv - 4.Cla PRv

POSTO/GRADUAÇÃO

CB PM

RE - DC

110002-5

NOME DO POLICIAL

GONCALVES

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

		Avaliação					Avaliação		
Item	Nome da peça	SIM	NÃO	NA	Item	Nome da peça	SIM	NÃO	NA
1	PAINEL CORTA-FOGO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	LONGARINA TRASEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	LONGARINA DIANTEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	ASSOALHO PORTA-MALAS OU CAÇAMBA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	CAIXA DE RODA DIANTEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	LONGARINA TRASEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	ESTRUTURA DA SOLEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	CAIXA DE RODA TRASEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	AIR BAGS FRONTAIS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	ESTRUTURA DA COLUNA TRASEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	AIR BAGS LATERAIS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	ESTRUTURA DA SOLEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	ESTRUTURA DA COLUNA DIANTEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	ESTRUTURA DA COLUNA CENTRAL DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	ESTRUTURA DA COLUNA CENTRAL ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	ESTRUTURA DA COLUNA DIANTEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	ESTRUTURA DA COLUNA TRASEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	ASSOALHO CENTRAL DIREITO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	CAIXA DE RODA TRASEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	CAIXA DE RODA DIANTEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	ASSOALHO CENTRAL ESQUERDO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	LONGARINA DIANTEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL GERAL (SIM + NA)							0		

Observações: PARA BRISA, CAPO, FAROL ESQUERDO, PARA LAMAS DIANTEIRO, PARA CHOQUE DIANTEIRO.

AVALIAÇÃO DO DANO:

<input checked="" type="checkbox"/>	Dano de Pequena Monta: quando houver um item assinalado nas colunas "SIM" ou "NA"
<input type="checkbox"/>	Dano de Média Monta: quando houver de 2 a 6 itens assinalados nas colunas "SIM" ou "NA"
<input type="checkbox"/>	Dano de Grande Monta: quando houver mais de 6 itens assinalados nas colunas "SIM" ou "NA"
SIM = item danificado no acidente / NÃO = item não danificado ou inexistente / NA = item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)	

24 JUN 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 027.587.024-36 Nome completo da vítima: FRANCISCO ARENILTON CORDEIRO LEITE
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Francisco Arenilton Cordeiro Leite CPF: 027.587.024-36
 Profissão: Aquicultor Endereço: Rua da União Número: 32 Complemento: _____
 Bairro: Centro Cidade: Granito Estado: PE CEP: 56.160-000
 E-mail: _____ Tel. (DDD): (87) 93208-9208

DADOS CADASTRAIS

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

AGÊNCIA: 2130 CONTA: 34220
(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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data: Orlândia 21/06/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A SEU ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Precursor (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

24 JUN 2019

(*) 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.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05788-6

CONTA: 000000011177-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1807201905000000000023705788000000011177236250 PAGO