



Número: **0029914-77.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VANDERLEIA GERMANO DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65698 857	03/08/2020 16:43	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200198446 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDERLEIA GERMANO DA SILVA **Data do acidente:** 18/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 03/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.  
LUXAÇÃO GLENOUMERAL À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM ÂNCORA METÁLICA). PÁG 1/5/9  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO OMBRO  
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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200198446 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDERLEIA GERMANO DA SILVA **Data do acidente:** 18/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 03/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.  
LUXAÇÃO GLENOUMERAL À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM ÂNCORA METÁLICA). PÁG 1/5/9  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO OMBRO  
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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0154158/20

**Vítima:** VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

**CPF:** 044.788.684-33

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 18/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**VANDERLEIA GERMANO DA SILVA : 044.788.684-33**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/06/2020  
Nome: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA  
CPF: 044.788.684-33

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/06/2020  
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS  
CPF: 703.787.774-32

VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

JONATAN BARBOSA DE BARROS





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

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200198446

Vítima: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

Data do Acidente: 18/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15824859





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, 17 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200198446**

**Vítima: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA**

**Data do Acidente: 18/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VANDERLEIA GERMANO DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **VANDERLEIA GERMANO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000005742-8**

Conta: **000007351-2**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima

Nome completo da vítima

044-788-684-33 Vanderleia Germano da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 481/2012

5 - Nome completo

Vanderleia Germano da Silva

7 - Profissão

Enfermeira Estanislau Cordeiro

11 - Bairro

Caruaru

13 - Estado

Indiopolis

9 - Número

60

14 - CEP

55024-650

16 - Tel (DDD)

81-9-9663-684

DADOS CADASTRAIS

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

☒ R\$0,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A 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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Marcar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Marcar se for) (Marcar se for)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA

CONTA

AGÊNCIA

CONTA

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho 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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Declaro o prosseguimento do acurdo do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, ao Cartão da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima

☐ Solteiro

☐ Casado (no CIV)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima

25 - Grau de parentesco com a vítima

26 - Vítima vítima companheira

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo

28 - Vítima tem filhos

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tem filhos, informar

30 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tem irmãos, informar

33 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso verificado, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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.

NÃO ASSINAR TITULAR

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a regra)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a regra)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a regra)

38 - 1ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data

04/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário/prestador

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP-001 V002/2019

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A  
02 JUN 2020  
PROTOCOLO  
BRANCO RECIBE

Scanned by TapScanner





Scanned by TenScanner







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0179000825

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/05/2020 às 14:20

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 18/12/2019 às 08:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA FRANCISCO DIAS DE BARROS -  
Bairro: INDIANOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA ( AUTOR \ AGENTE )  
VANDERLEIA GERMANO DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

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

VANDERLEIA GERMANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ISABEL BEZERRA DOS SANTOS Pai: CARMELITO GERMANO DA SILVA Data de Nascimento: 23/9/1979 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5999040/SSP/PE (RG), 04478868433 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: ENFERMEIRO(A)  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 60, RUA INSTANDERLAU CORDEIRO DE MELO - CEP: 0 - Bairro: INDIANOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): VANDERLEIA GERMANO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): VANDERLEIA GERMANO DA SILVA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTONETA/HONDA/BIZ 125 Objeto apreendido: Não  
Cor: CINZA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCN0367 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2JC4830KR013972  
Ano Fabricação/Modelo: 2019/NÃO INFORMADO  
Descrição: RENAVAM 1181722699

Complemento / Observação





A VITIMA AFIRMA QUE PILOTAVA A REFERIDA MOTONETA QUANDO ANIMAL GATO ATRAVESSOU A VIA E AO  
FREAR A MOTONETA ACABOU PERDENDO CONTROLE DO VEICULO E CAIU NA VIA. QUE A VITIMA FOI  
SOCORRIDA PELO SAMU ATE HOSPITAL SANTA EFIGENIA PRONTUARIO 3406. CASO AFETO A 88 CIRC  
CARUARU.

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

*Vanderleia Germano da Silva*  
VANDERLEIA GERMANO DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE NIVALDO BEZERRA DOS SANTOS - Matrícula: 319618-6



2 of 2



Scanned by TapScanner







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima

Nome completo da vítima

044-788-684-33 Vanderleia Germane da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 481/2012

5 - Nome completo

Vanderleia Germane da Silva

7 - Profissão

Enfermeira Estanislau Cordeiro

11 - Bairro

Caruaru

13 - Estado

Indiopolis

9 - Número

10 - Complemento

60

14 - CEP

55024-650

16 - Tel (DDD)

81-9-9663-6844

DADOS CADASTRAIS

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

☒ R\$0,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Marcar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Marcar se for)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA

CONTA

AGÊNCIA

CONTA

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.154/74), uma vez que:

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

Sob pena de prosseguimento do acervo do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordo, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, ao Cartão da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.154/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima

☐ Solteiro

☐ Casado (no CIV)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima

25 - Grau Parentesco com a vítima

26 - Vítima vítima companheira

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo

28 - Vítima tem filhos

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tem filhos, informar

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tem irmãos, informar

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso verificado, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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.

NÃO ASSINAR/TESTEMUNHAR

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a regra)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a regra)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a regra)

38 - 1ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data

04/08/2020

Vanderleia Germane da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário/prestador

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP-001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A  
02 JUN 2020  
PROTOCOLO  
BRANCO RECIBE

Scanned by TapScanner





Scanned by TenScanner



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	10/06/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05742-8

CONTA: 000000007351-2

---

---

Nr. da Autenticação E4605A0E72A7035C





**CAIXA**



CTC RECIFE PE PLA  
VANDERLEIA GERMANO DA SILVA  
ESTANISLAU CORDEIRO DE MELO 00060  
INDIANOPOLIS  
55024-650 CARUARU PE - PE

1406  
3



7211307021 98979 21000001969 30 250320

At. 25/04/2020  
Emissão: 25/03/2020  
Postagem: 25/03/2020  
Validade: 01/04/2021

ASSINATURA ENTREGADOR		DATA	
ASSINATURA		DATA	
SERVIÇO POSTAL		DATA	

PARA O CORREIO

CEP - 05412-000

JARDIM REINALICE - BARRERA / SP

RUA GRANDES LADOS, 187

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

REMETENTE

Scanned by TapScanner





VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1564694149

**CARNELETO GOMAROS DA SILVA**

CPF: 044.788.884-33 DATA NASCIMENTO: 22/09/1979

**CARNELETO GOMAROS DA S  
ILVA**

TRABALHO: DESENERA DOS SAN  
TOS

04327233460 28/03/2023 28/03/2000

RESERVAÇÃO

02 JUN 2020

PROTOCOLADO

*Carneleto Gomaros da Silva*

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1564694149

LOCAL: CARUARU, PE DATA: 02/06/2018

09514026422  
78493326386

PERNAMBUCO



