



Número: **0032818-70.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELMIR AMARO DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67777 023	10/09/2020 16:38	ANEXO 1	Outros (Documento)

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
LECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
INPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0300 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE
ELMIR AMARO DA SILVA

DATA DE VENCIMENTO
05/05/2020

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL

CONTA CONTRATO
7005891773

TOTAL A PAGAR

R\$ 1,10

DATA DA APRESENTAÇÃO

27/04/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

106174453

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

ENDEREÇO

SI SALOBRO 1000 -SITIO
SALOBRO/RIBEIRO DO MEL -55700-
000 LIMOEIRO PE -

PERÍODO CONSUMO

26/03/2020 a 27/04/2020

CONSUMO

0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7005891773

MÊS/ANO

04/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 1,10

VENCIMENTO

05/05/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838500000008 011000110073 005891773100 145395465830



Contatos
081-996686080
081-994828698
081-998543090

Digitalizado com CamScanner



PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 41239
Nome: ELMIR AMARO DA SILVA
End: SÍTIO SALOBRO
Município: LIMOEIRO
Mãe: SEVERINA AMARO DA SILVA
Profissão: BARMAN

Cor/Raça: PARDA
CNS: 160858682600008

Idade: 29 Anos 4 Meses 9 Dias
Nascimento: 02/04/1990
Bairro:
Nac.: BRASILEIRA
Pai: ANTONIO AMARO DA SILVA
Responsável: O MESMO

Nº OCORRÊNCIA:

Sexo: MASCULINO
Est. Civil: SOLTEIRO
CEP: 55700000
Doc nº: 8154394
Tel.: 81 98543944

Últimas Ocorrência:

Data: 11/08/2019 Hora: 00:06 Nº Ocorrência: 187612 Situação/Sintomas/Queixas/Eventos: ORTOPEDIA

PRÉ-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Queixa de dor no
cotovelo do lado
direito por trauma
com o uso de força
para retirar o vidro
da embalagem de
medicamento.

TRATAMENTO:

1. S. Glauco S. L. e
- R. M. P.
Transferido Hospital
da Universidade
5746 294

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rt Cotovelo / Raio X

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

EM SAÍDA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

USUÁRIO:

Idade: h m do dia

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

Data: 11/08/2019 00:06:56

☐ CURATIVO

☐ BÁSICO

☐ ESP

☐ NEBULIZAÇÃO

☐ RETIRADA DE PONTO

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA

☐ URG. ESPECIALIZADA

☐ OBS. BÁSICA

☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

0204010080

8247

CARTÃO DIGITAL

Certifico que a cópia autenticada é reprodução fiel a original, dou fé.

ELAINE DE AGUIAR MOURA
SANTOIANI (TITULAR) 05.09.2019 11:46 Emol: R\$ 2,90
TSNR: R\$ 0,68 FERC: R\$ 0,34 ISS: R\$ 0,17 FERRA: R\$ 0,03
FUNSEG: R\$ 0,07 Op.: 2 Selo: 0073981.ETT08201901.
01518 Consulta autenticada em: <http://tjpe.jus.br/selodigital>

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 1689080

Nome: Elmir Amene de Silva

Foi atendido às 04:21 h do dia 11 08 / 19

Diagnóstico Provável fcc cere

data da alta 11 / 08 / 19

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:

CEFALEIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

~~Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA~~

Observação: Atc de neuropsiqui

te de cirúrgico para estes neuropsiqui
apenas para a cirurgia

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0103

Digitalizado com CamScanner





SOLICITAÇÃO DE EXAMES / CONSULTAS

FUNDACÃO ALTINO VENTURA
Av. Maurício de Nassau, Nº
2075 Iputinga, Recife/PE -
CEP 52171/011

Empresa: FUNDACAO ALTINO VENTURA	
Nome: ELMIR AMARO DA SILVA	Prontuário: 02017931
Nome Social:	Atendimento: 04120255
Idade: 29	Município: LIMOEIRO
Mãe: SEVERINA AMARO DA SILVA	CNS: 709104221784730
Diagnóstico:	Dt.Nasc.: 02/04/1990
Prioridade: Não se aplica	CID:
Olho único:	

	MM:	CD:	OD	OE
1- Angiografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Retinografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Retcam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- OCT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1- Papila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2- Mácula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3- Córnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1- Ultrassonografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2- USG Simples (Catarata/Córnea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- PAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Biometria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Microscopia Especular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Topografia Corneana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Paquimetria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Campimetria 30-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Campimetria 24-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Campimetria 10-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Campimetria FDT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- CTD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Mapeamento de Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Siriús/Pentacam e Galilei			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Fotografia			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Laser Retiniano			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.1- Focal Grid			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.2- Panfoto			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.3- Periferia			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.4- Setorial			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- Yag-Laser			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.1- Iridotomia Periférica			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.2- Capsulotomia Posterior			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21- Glicemia de Jejum			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22- Hb A1C			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23- Hemograma completo com contagem de Plaquetas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24- TPAE com INR			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25- TS, TC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26- HGT			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27- Parecer Cardiológico c/Risco Cirúrgico			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29- Eletroretinografia			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RETORNO

Ambulatório de Volta: Ambulatório Diversificado ☐ Especialista ☐
AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

<input type="checkbox"/> CATARATA (POLO)	<input type="checkbox"/> CÔRNEA	<input type="checkbox"/> RETINA CIRÚRGICA
<input type="checkbox"/> CATARATA (MOSTRA DE EXAMES)	<input type="checkbox"/> CÔRNEA POS-TRANSPLANTE	<input type="checkbox"/> RETINA CLÍNICA
<input type="checkbox"/> CATARATA COMPLICADA	<input type="checkbox"/> GLAUCOMA CLÍNICO	<input type="checkbox"/> RETINA OCLUSÕES VASCULARES
<input type="checkbox"/> CATARATA CONGÊNITA	<input type="checkbox"/> INCLUSÃO PROJ. GLAUCOMA	<input type="checkbox"/> DPO LUCENTIS
<input type="checkbox"/> CER - AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL	<input type="checkbox"/> VOLTA PROJETO GLAUCOMA	<input type="checkbox"/> RETINOBLASTOMA
<input type="checkbox"/> CER - ESTIMULAÇÃO VISUAL CAT.	<input type="checkbox"/> GLAUCOMA CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/> TUMOR ANTERIOR
<input type="checkbox"/> CONGÊNITA	<input type="checkbox"/> NEUROFTALMO	<input type="checkbox"/> TUMOR POSTERIOR
<input checked="" type="checkbox"/> CER - ESTRABISMO	<input type="checkbox"/> PLÁSTICA OCULAR	<input type="checkbox"/> UVEÍTE
<input type="checkbox"/> CER - NEUROPEDIATRIA	<input type="checkbox"/> REFRAÇÃO	<input type="checkbox"/> TROCA DE LENTE TERAPEUTICA
<input type="checkbox"/> CER - OFTALMOPEDIATRIA	<input type="checkbox"/> AMB. PTERIGIO (JABOATÃO)	<input type="checkbox"/> LENTE DE CONTATO
<input type="checkbox"/> CER - BAIXA VISÃO		<input type="checkbox"/> SEM RETORNO NO MOMENTO

Observação: ENCAMINHO PACIENTE VITMIA DE ACIDENTE
MOTOCICLISTA HA 01 MES COM QUEIXA DE DIPLOPIA COM QUADRO
DE PARALISIA FACIAL
SOLICITO PRIORIDADE NA MARCAÇÃO PELA ASSIATENTE SOCIAL

MÉDICO SOLICITANTE	DATA
Dr(a): LARISSA HALLEY SOARES E SÁ CRM.25508 OFTALMOLOGIA	10/09/2019 14:14:59 usuário: LARISSASA

Central de marcação de consultas: 81 2084 2020

Digitalizado com CamScanner



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1689030

Nome: Elvin Augusto da Silva

Foi atendido às 04:21 hs. do dia 11/08/19

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente
automobilístico envolvendo um
veículo de transmissão mecâni-
ca (D).

CID: S02.6

→ 30 (trinta) dias de repouso

Tratamento Realizado: ① Kapsuliam + bismar dia
11/08/2019

② Prescrição + orientações para casa

③ retorno ambulatorial em 30
dias

④ Dieta líquida postora

Observação: Retornar ao ambulatorial

BMF dia 10/09/19 às 07:00hs.

Trocar exames e Atualizar anamnese

Cópia de: _____

At + BMF

11/08/19

15:36

DR. ROSA LINS
Cirurgia e Traumatologia
CRM-PE 12.454
Banco de Dados - FISCAL

Médico - CRM Nº _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

Digitalizado com CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200188807 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: TCE leve, fratura de parassinfise mandibular direita

Descrição do exame físico: Vítima com paralisia facial em hemiface esquerda, com limitação na abertura de cavidade oral, consciente e orientado ao exame, déficit cognitivo. Tem exame de acuidade visual 20/30 em ambos os olhos, com diagnóstico de diplopia. Tem audiometria (09/12/19) com rebaixamento auditivo em ouvido direito (frequências de 6 e 8 KHz).

Resultados terapêuticos: exame alterado como se segue

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA)

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/06/2020

Conduta mantida:

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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			32,5 %	R\$ 4.387,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200188807 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO.
FRATURA MANDIBULAR À DIREITA.
ANISOCORIA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.
PERDA TOTAL DO OLHO 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 LEVE DAS ESTRUTURAS CRANIO
FACIAIS E TOTAL DO OLHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: OBS: PAG. 1/ AN- 2/4.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau completo - 100 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			60 %	R\$ 8.100,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146951/20

Número do Sinistro: 3200188807

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

Data do acidente: 10/08/2019

CPF: 092.558.404-52

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELMIR AMARO DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 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: 03/06/2020
Nome: ELMIR AMARO DA SILVA
CPF: 092.558.404-52

ELMIR AMARO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146951/20

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

Data do acidente: 10/08/2019

CPF: 092.558.404-52

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELMIR AMARO DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELMIR AMARO DA SILVA : 092.558.404-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 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: 25/05/2020
Nome: ELMIR AMARO DA SILVA
CPF: 092.558.404-52

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/05/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

ELMIR AMARO DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO





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

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200188807

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELMIR AMARO 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,

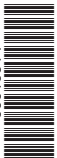
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15803246

Pag. 01827/01828 - carta_01 - INVALIDEZ

00010914





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

Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200188807

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELMIR AMARO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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. 01223/01224 - carta_03 - INVALIDEZ

00040612



Carta nº 15807785





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

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200188807

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ELMIR AMARO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01267/01268 - carta_02 - INVALIDEZ

00030634



Carta nº 15845179





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

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200188807

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELMIR AMARO 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\$ 4.387,50

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ELMIR AMARO DA SILVA

Valor: R\$ 4.387,50

Banco: 104

Agência: 000000053

Conta: 0000017902-8

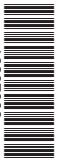
Tipo: CONTA POUPANÇA

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,

Pag. 01193/01194 - carta_15R - INVALIDEZ

00020597



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200188807
Nome do(a) Examinado(a): ELMIR AMARO DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): SI SALOBRO, 1000, SIT SALOBRO
LIMOEIRO Pernambuco - CEP: 55700000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [sds / Pernambuco] 8154397
Data local do acidente: [10/08/2019]
Data local do exame: [19/06/2020] RECIFE - Pernambuco

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE leve, fratura de parassinfise mandibular direita
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: suporte clínico, fisioterapia.
Complicações: evolui com estrabismo, paralisia facial.
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
Vítima com paralisia facial em hemiface esquerda, com limitação na abertura de cavidade oral, consciente e orientado ao exame, sem déficit cognitivo. Tem exame de acuidade visual 20/30 em ambos os olhos, com diagnóstico de diplopia. Tem audiometria (09/12/19) com rebaixamento auditivo em ouvido direito (frequências de 6 e 8 KHz).
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
sequela neurológica de grau residual, com diplopia e paralisia facial a esquerda, dificuldade na abertura da cavidade oral, perda auditiva leve de ouvido direito.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. (*)
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e do livre deslocamento corporal
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
Audição total bilateral (surdez completa)
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742
Leonardo de Faria Neves
CPF - 04595527403







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 ASI:

3 - CPF da vítima:

0912.558.404-52

4 - Nome completo da vítima:

E/Min Amaro da Silva

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

5 - Nome completo:

E/Min Amaro da Silva

6 - CPF:

0912.558.404-52

7 - Profissão:

San mar

8 - Endereço:

Sítio Solobno

9 - Número:

1000

10 - Complemento:

cam

11 - Bairro:

Sítio Solobno / Ribeirão Preto

12 - Cidade:

Limoeiro

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.100.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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:

☒

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0053

CONTA:

17902

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

☐ Sim

☐ Não

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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ 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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data,

Limoeiro (PE) 12-05-2020

E/Min Amaro da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Digitalizado com CamScanner





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 ASI:

3 - CPF da vítima:

0092.558.404-52

4 - Nome completo da vítima:

E/Min Amaro da Silva

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

5 - Nome completo:

E/Min Amaro da Silva

6 - CPF:

0092.558.404-52

7 - Profissão:

San mar

8 - Endereço:

Sítio Solobno

9 - Número:

1000

10 - Complemento:

cam

11 - Bairro:

Sítio Solobno / Ribeirão Preto

12 - Cidade:

Limoeiro

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.100.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0053

CONTA:

17902

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 (vai nascer)?

☐ 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.

MORTE

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data,

Limoeiro (PE) 12-05-2020

E/Min Amaro da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Digitalizado com CamScanner



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: 02/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.387,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELMIR AMARO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000017902-8

Nr. da Autenticação 2083DD843196F663

