

# 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: 088.982.824-51 3 - CPF da vítima: 088.982.824-51 4 - Nome completo da vítima: Elvís Rodrigues Silva Cunha

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

5 - Nome completo: Elvís Rodrigues Silva Cunha 6 - CPE: 088.982.824-51  
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: R. Angulo Griso 9 - Número: 30 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Retiro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9.9258-3089

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: 2392 CONTA: 90412 3

(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 devido pelo 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, conforme atestado médico apresentado sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bezerros 27/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0181000227**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/02/2020** às **12:28**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **27/10/2019** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 01, RODOCIA PE 097 -**  
Bairro: **ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência:  
**SITIO PORTÕES**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

SEM AUTORIA ( AUTOR \ AGENTE )  
ANA CLAUDIA SOARES DA SILVA ( OUTRO )  
ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANA CLAUDIA SOARES DA SILVA

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

**ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE FÁTIMA FERRERIA DA SILVA Pai: JOSE RODRIGUES DA CUNHA Data de Nascimento: 28/3/1998 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9375036/SDS/PE (RG) 08898282451 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: RUA ANGELO GRISI, 10 - CEP: 0 - Bairro: RETIRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ANA CLAUDIA SOARES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DA GLORIA SOARES SILVA Pai: JOÃO GERMANO DA SILVA Data de Nascimento: 6/4/1981 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: RUA ANGELO GRISI, 10 - CEP: 0 - Bairro: RETIRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEM AUTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ANA CLAUDIA SOARES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANA CLAUDIA SOARES DA SILVA**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJD8814** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **153374810** Chassi: **9C2JC42209R111934**  
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

### Complemento / Observação

O SENHOR ELVIS RODRIGUES ESTAVA NA CONDIÇÃO DE GARUPA NA MOTOCICLETA CONDUZIDA PELA SENHORA ANA CLAUDIA, QUE OS DOIS TRAFEGAVAM PELA RODOVIA PE 097 SENTIDO SÍTIO PORTÕES, ZONA RURAL DESTA URBE, QUANDO AO SAIR DA RODOVIA AS MERGENS DA MESMA A CONDUTORA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA AO DERRAPAR O PNEU DIANTEIRO NA AREIA, OCASIÃO QUE AMBOS CAIRAM AO CHÃO, QUE A CONDUTORA ANA CLAUDIA NADA SOBRE O SENHOR ELVIS RODRIGUES TEVE UMA LESÃO NO BRAÇO, O QUE O FEZ PROCURAR ATENDIMENTOS MEDICOS NA UPA ESTADUAL CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DE Nº 01293623 E PRONTUÁRIO DE Nº 00214393, SENDO DIAGNOSTICADO UMA FRATURA DE CLAVICULA DIREITA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

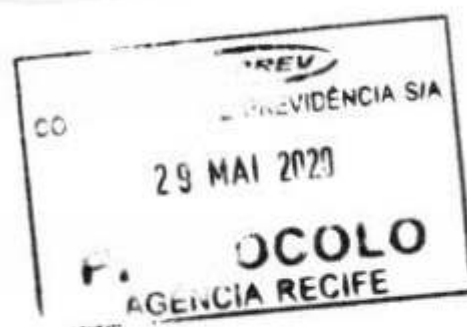
*Elvis Rodrigues Silva Cunha*

**ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA**  
(VITIMA)

**ANA CLAUDIA SOARES DA SILVA**  
(OUTRO)

*f. Ana Claudia Soares da Silva*

B.O. registrado por: **CLOVES VITORINO DA SILVA** - Matrícula: **3811646**



# 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: 26/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01643-8

CONTA: 000000021571-6

---

Nr. da Autenticação 2046D131089E6921



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

AV. JACQUES KILIAN, RUA DR. JOSE MARIANO - N.º 1111 - 03065 - CENTRO BEZ  
ERREZ PE 55660-000

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FÁTIMA FERREIRA DA SILVA MATRÍCULA: 104615222 Set/2019  
R. ANGELO GRISSI, N.º 00010 - RETIRO BEZERRAS PE 55660-000

INSCRIÇÃO: 029.145.440 DÍZITA: 000 GRUPO: 1 DEB. AUTOMÁTICO: 104615222

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS DOMÉSTICA INDUSTRIAL PÚBLICA
		1	
HIDRÔMETRO A1/31120194	DATA LEIT. ANTERIOR 22/08/2019	DATA LEIT. ATUAL 23/09/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD

ÁGUA:

LEIT. ANT: 444 CONSUMO: 6  
LEIT. ATU: TAXA MINIMA  
LEIT. FAT: 454

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

08/2019 06  
07/2019 06  
06/2019 05  
05/2019 05  
04/2019 05  
03/2019 06  
MÉDIA: 06

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. NS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS.
TURBIDEZ	53	55	55
COR APARENTE	53	55	45
CLORO RESIDUAL	53	55	55
COLIF. TOTAIS	53	55	55
E. COLI	53	55	55

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)

OB: 1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) 0% PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) 0% PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

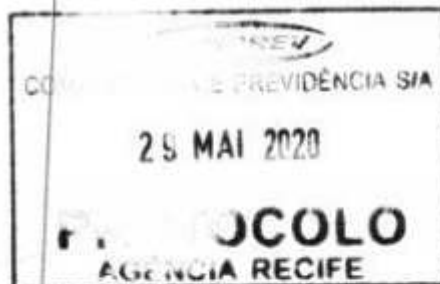
ÁGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL - 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	6 M3	44,08

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PS COTRIB	44,08 44,08	1,65 7,60	0,73 3,35

VENCIMENTO: 15/10/2019

TOTAL A PAGAR: 44,08

MENSAGEM:





Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## ANAMNESE

Paciente: **ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA**

Atendimento: 01293623

Nome Social:

Data Nascimento: 28/03/1998

Idade: 21 Anos, 6 Meses e 29 Dias

Prontuário: 00214393

Sexo: Masculino

Senha N.º: **0114**

Data e Hora: 27/10/2019 18:16h

### CLASSIFICAÇÃO:

**Queixa Principal:** REFERE DOR EM OMBRO D APOS QUEDA DE MOTO HOJE. NEGA DESMAIO  
EVOMITO

**Alergia:**

**Observação:** NEGA ALERGIAS

NEGA DM E HAS

DOC: RG

### AFERIÇÃO:

**Peso:**

P.A Sistólica: PAS: 115 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

**Altura:**

P.A Diastólica: PAD: 74 MMHG

HGT:

**Temperatura:**

Freq. Cardíaca:

### QPD / HDA:

DOR EM OMBRO DIREITO APÓS TRAUMA HÁ HORAS.

### Exame Físico:

DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM OMBRO DIREITO. ABAULAMENTO PALPÁVEL EM TOPOGRAFIA  
DE CLAVÍCULA DIREITA. NEUROVASCULAR PRESERVADO

### Exames complementares:

RADIOGRAFIAS COM SINAIS DE FRATURA EM CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO POSSIVELMENTE  
MENOR QUE 2 CM E CONTATO ENTRE CORTICAIS ÓSSEAS

### HD:

FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

### Conduta:

EXPLICO AO PACIENTE QUE SERA TENTADO INICIALMENTE TRATAMENTO CONSERVADOR COM  
IMOBILIZAÇÃO, ANALGESIA, REPOUSO, MAS QUE EXISTE POSSIBILIDADE DE EVOLUÇÃO PARA  
INDICAÇÃO CIRURGICA. PACIENTE CIENTE. TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO,  
ORIENTAÇÕES, ANALGESIA. AO AMBULATORIO ATESTADO DE 15 DIAS

### Evolução:

Ass. do Médico



ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

28/03/1998

ID: 348938

Male

21 years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

TÓRAX AP

Ac. Nb: 309631

Acq: 15/11/2019

Acq: 18:32:52

D  
10 cm

R

Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 14.94%

Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

CR (3020x2400)

Series Nb: 2

AP

COMISSÃO DE PREVIDÊNCIA SIA

29 MAI 2020

COLO

COIFF

ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

28/03/1998

ID: 348938

Male

21 Years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

TÓRAX AP

Ac. Nb: 309631

Acq.: 15/11/2019

Acq.: 18:35:03

AP

R

10 cm



R

Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 18,05%

Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

CR (2500x2048)

Series Nb: 1

CC

25 MAI 2021

COLO  
RECIFE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - TAVARES DE ALMEIDA

09R18

ELVIS RODRIGUES DA SILVA CUNHA

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 9.375.036

DATA DE EMISSÃO 03/08/2017

ELVIS RODRIGUES DA SILVA CUNHA >>

<< JOSÉ RODRIGUES DA SILVA CUNHA >>

<< MARIA DE FÁTIMA FERREIRA DA SILVA >>

NACIONALIDADE BEZERROS - PE

DOC. ORIGINAL << 075655 01 55 1998 1 00004 083 >>

0004010 10 BEZERROS-PE >>

088.982.824-51

DATA DE NASCIMENTO 28/03/1998

LOCAL DE NASCIMENTO BEZERROS - PE

LOCAL DE EMISSÃO RECIFE

MPREV

CONTA E PREVIDÊNCIA SIA

25 MAI 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200195372 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 04/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO (PAG.01.02.03)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.( PAG.02.03)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO

**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-0151819/20

**Vítima:** ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

**CPF:** 088.982.824-51

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA : 088.982.824-51**

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: 29/05/2020  
Nome: ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA  
CPF: 088.982.824-51

ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2020  
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA  
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



# 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: 088.982.824-51 3 - CPF da vítima: 088.982.824-51 4 - Nome completo da vítima: Elvís Rodrigues Silva Cunha

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

5 - Nome completo: Elvís Rodrigues Silva Cunha 6 - CPF: 088.982.824-51  
7 - Profissão: recusou-se 8 - Endereço: R. Angulo Grisi 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: retiro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: Brasil

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8643 8 CONTA: 21.571 6 (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise 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, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

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 (vulgarmente)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bezerros 29/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

---

**Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200195372**

**Vítima: ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA**

**Data do Acidente: 27/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA**

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, 13 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200195372**

**Vítima: ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA**

**Data do Acidente: 27/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200195372

Vítima: ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA**

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: **ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA**

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

Banco: **001**

Agência: **000001643-8**

Conta: **0000021571-6**

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