

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:

088.982.824-51 Elvis Rodrigues Silva Cunha

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

| | | | | | | | |
|--------------------|-----------------------------|---------------|----------------|----------------|-----------|-----------------|------------------|
| 5 - Nome completo: | Elvis Rodrigues Silva Cunha | | 6 - CPF: | 088.982.824-51 | | | |
| 7 - Profissão: | Recurso-se | 8 - Endereço: | R. Angulo Góis | 9 - Número: | 30 | | |
| 11 - Bairro: | Retiro | 12 - Cidade: | Bezerros | 13 - Estado: | PE | | |
| 15 - E-mail: | | | | | 14 - CEP: | 55660-000 | |
| | | | | | | 16 - Tel.(DDD): | (81) 9.9258-3087 |

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: | <input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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: 2192 CONTA: 90452 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 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.

25 MAY 2020

INDENIZAÇÃO S/A

INVALIDEZ
PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de que é exigido 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 em uma avaliação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------|
| 23 - Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente | <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: |
|------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------|

| | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|---|
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|--|---|--|--|---|---|

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão
digital da
víctima 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091^a CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91^aCIRC
 DINTER1/14^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0181000227

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 SITIO 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 N° 01293623 E PRONTUARIO DE N° 00214393, SENDO DIAGNOSTICADO UMA FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

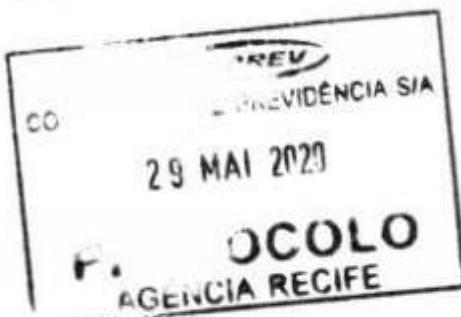
Elvis Rodrigues Silva Cunha

**ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA
(VITIMA)**

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

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

AVENIDA RUA DR. JOSÉ MARIANO - NUM. 00005 - CENTRO BEZ
CEP: 5660-000

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LAZIMA FERREIRA DA SILVA
R. ARNALDO GRISI, N. 500010 - RETIRO BEZERROS PE 55660-000
IN-LEITAGU: 020 145 440 0124 0000 GRUPO: 1 DEB AUTOMATICO: 104615222

| SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO | SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL | RESIDENCIAL 1 | QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL, INDUSTRIAL | PÚBLICA |
|-----------------------|--------------------------------|-----------------------------|---|---------|
| HIDRÔMETRO ATUALIZADO | DATA LEIT. ANTERIOR 22/08/2019 | DATA LEIT. ATUAL 23/09/2019 | TIPO DE CONSUMO (AE) MÉDIA HD | |

ÁGUA:

LEIT ANT: 444 CONSUMO: 6
LEIT ATU: TAXA MÍNIMA
LEIT FAT: 454

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFLEXO/A CONSUMO

| 08/2019 | 06 | PARÂMETROS | NÚMERO DE AMOSTRAS | | |
|---------|----|----------------|------------------------|------------------|------------------|
| | | | EXIG. PORT HS 2.914/11 | ANALISES REALIZ. | ATENDEM A LEGIS. |
| 07/2019 | 06 | TURBIDEZ | 53 | 55 | 55 |
| 06/2019 | 05 | COR APARENTE | 53 | 55 | 45 |
| 05/2019 | 05 | CLORO RESIDUAL | 53 | 55 | 55 |
| 04/2019 | 05 | COLIF. TOTAIS | 53 | 55 | 55 |
| 03/2019 | 06 | E. COLI | 53 | 55 | 55 |
| MÉDIA | 06 | | | | |

Qualidade de Água: www.compresa.com.br
08% COCOFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
C20% PARÂMETROS COCOFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
REFLETIR SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
C50% 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

6.83 44,08

25 MAI 2020

OCOLO
AGÊNCIA RECIFE

| TRIBUTOS | BASE DE CÁLCULO | PERCENTUAL (%) | VALOR DO IMPÔSTO |
|------------|-----------------|----------------|------------------|
| IRS COFINS | 44,08 | 1,65 | 0,73 |
| | 44,08 | 7,60 | 3,35 |

VENCIMENTO: 15/10/2019

TOTAL A PAGAR: 44,08

MENSAGEM:

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 APÓS 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



Conduta:

EXPLICO AO PACIENTE QUE SERÁ TENTADO INICIALMENTE TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO, ANALGESIA, REPOUSO, MAS QUE EXISTE POSSIBILIDADE DE EVOLUÇÃO PARA INDICAÇÃO CIRÚRGICA. 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

AP

D
10 cm

R

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 14.94%
Window/Level: 4.096/2.048
Pixel:
CR (3020x2400)

H

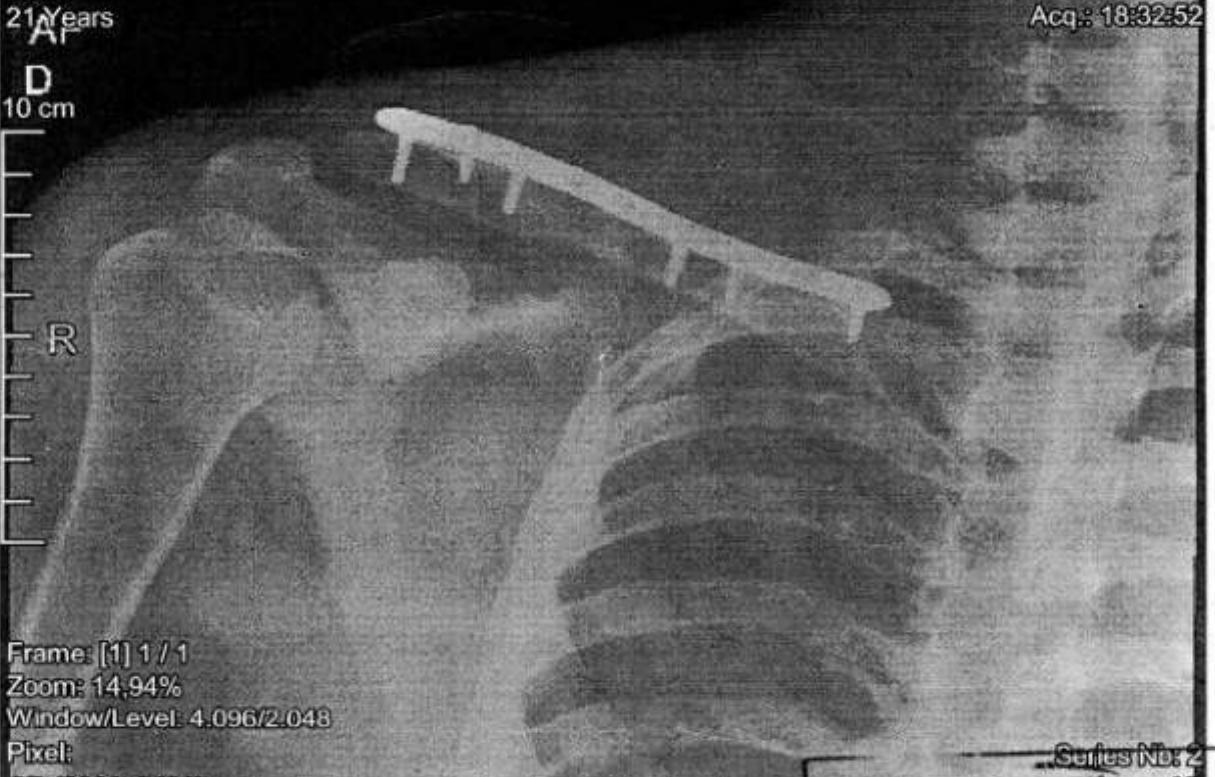
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

TÓRAX AP

Ac. Nb: 309631

Acq.: 15/11/2019

Acq.: 18:32:52



Series No: 2

AP

EXCELENCIA S/A

001

25 MAI 2020

OCOLO
SCIFF

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

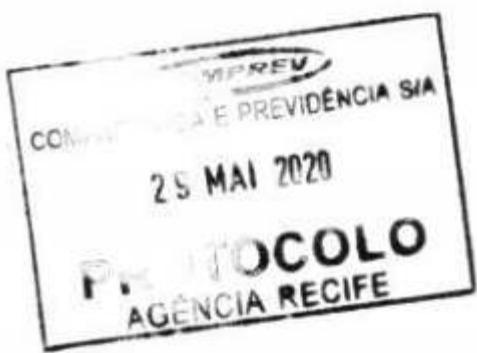
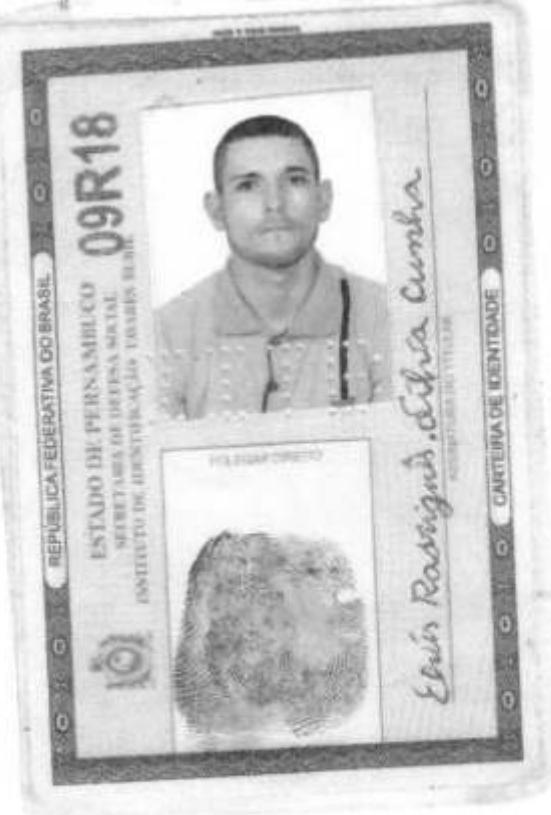
D

10 cm

R

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 18,05%
Window/Level: 4.096/2.048
Pixel:
CR (2500x2048)

Series Nb: 1
AP/PA
CC
25 MAI 2021
OCOLO
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

Valorização 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|--|---|
| Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: | | <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima: <i>Ebris Rodrigues Silva Cunha</i> | | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | | |
| 5 - Nome completo: | <i>Ebris Rodrigues Silva Cunha</i> | | CPF: | <i>088.982.824-51</i> |
| 7 - Profissão: | 8 - Endereço: | <i>R. Angulo Grisi</i> | | 9 - Número: <i>20</i> 10 - Complemento: |
| 11 - Bairro: | 12 - Cidade: | <i>Bezerros</i> | | 13 - Estado: <i>PE</i> 14 - CEP: <i>55660-000</i> |
| 15 - E-mail: | | | | |

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: | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 | | | | | |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | | | | |
| AGÊNCIA: <input type="text"/> | CONTA: <input type="text"/> | 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE <input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas 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 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. | | | |
| 23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE 24 - Data do óbito da vítima | | | | | |
| 25 - Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | 26 - Vitória deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | |
| 28 - Vitória teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 30 - Vitória deixou nascituro (vainascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vitória teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 33 - Vitória deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

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.

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Bezerros 19/06/2020*
Ebris Rodrigues Silva Cunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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, 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



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, 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



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, 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, retorno 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

