
Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247918

Vítima: GILIARD LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 11/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILIARD LOPES 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, contados 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, 05 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247918

Vítima: GILIARD LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 11/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILIARD LOPES 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: GILIARD LOPES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002934

Conta: 000000018131-0

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Seguro ou Afl:

3 - CPF da vítima:

437.180.268-05

4 - Nome completo da vítima:

GILIARD LOPES 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:

GILIARD LOPES DA SILVA

6 - CPF:

437.180.268-05

7 - Profissão:

REC. INF.

8 - Endereço:

SÍTIO SALVADOR

9 - Número:

360 A

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

VERTENTE DO LERIO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.760-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 9.9665-0454

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$ CUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 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 (Se optar para os bancos abaixo, destaque uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2934

CONTA:

00018131

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 quem 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 não impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/77), 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 apreensão 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 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil (da vítima):

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do acidente:

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(vivente)?

☐ 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 ou 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 o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data:

VERTENTE DO LERIO, 28 DE MAIO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (decedente)

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 126ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTE DO
LÉRIO - DP126ªCIRC DINTER1/13ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0216000053

**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/05/2020 às
11:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 11/4/2020 às 11:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LÉRIO, 1, SÍTIO
SALVADOR - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LÉRIO/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GILLIARD LOPES DA SILVA (02) (AUTOR / AGENTE)
IVANILDA GOMES ANDRADE DE LIMA (OUTRO)
GILLIARD LOPES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): GILLIARD LOPES DA SILVA

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

IVANILDA GOMES ANDRADE DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

**GILLIARD LOPES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
LOPES DA SILVA Pai: RAMIRO LOPES DA SILVA Data de Nascimento: 2/2/1982 Naturalidade:
SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 999991467/SSP/SP (RG), 43713026809
(CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUXILIAR
DE SERVIÇOS GERAIS Telefones Celulares:
- 81888940982**

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LÉRIO, 1, SÍTIO SALVADOR - CEP: 8 -
Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LÉRIO/PERNAMBUCO/BRASIL, ASSEMBLEIA DE DEUS**

GILLIARD LOPES DA SILVA (02) (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

28/05/2020 11:06

MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a):
IVANILDA GOMES ANDRADE DE LIMA, que estava em posse do(a) Sr(a): **GILLIARD LOPES DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
 Placa: **PDD7308** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **126847288** Chassi: **962K00816FR2037**
 Combustível: **ALCOOL/ASOL**



Complemento / Observação

GILLIARD LOPES DA SILVA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA INFORMANDO QUE NO DIA 17/04/2020, POR VOLTA DAS 11:30, QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS ESDD, COM VERMELHA, PLACA PDD7308, NAS ESTRADAS DO SÍTIO SALVADOR, ZONA RURAL DE VERTEENTE DO LÉRIO, QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, AO REALIZAR UMA CURVA, A MOTOCICLETA PASSOU PELO TRECHO DE AREIA NA ESTRADA, TENDO PERDIDO O CONTROLE DO VEÍCULO E CAÍDO, OCASIONANDO AS LESÕES DESCRITAS NA FICHA DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO LUIZ - APAM SURUBIM. DIANTE DISSO, VEIO COMUNICAR O OCORRIDO PARA FINS DE REQUERER INDENIZAÇÃO DO SEGURO DUVAT.

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

Gilliard Lopes da Silva
GILLIARD LOPES DA SILVA
(VITIMA)

[Signature]
S.O. registrado por: JOSE CARLOS DE NOURA JUNIOR - Matrícula: 3878276

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Seguro ou Afl:

3 - CPF da vítima:

437.180.268-05

4 - Nome completo da vítima:

GILIARD LOPES 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:

GILIARD LOPES DA SILVA

6 - CPF:

437.180.268-05

7 - Profissão:

REC. INF.

8 - Endereço:

SÍTIO SALVADOR

9 - Número:

360 A

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

VERTENTE DO LERIO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.760-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 9.9665-0454

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$0,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 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 (Se optar para os bancos abaixo, destaque uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2934

CONTA:

00018131

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem 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 não impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/77), 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 apreensão 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 do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.154/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil (da vítima):

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do acidente:

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(vivente)?

☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT ou 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 o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data:

VERTENTE DO LERIO, 28 DE MAIO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (decedente)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 29/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILIARD LOPES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02934

CONTA: 000000018131-0

Nr. da Autenticação 84C6BF1AAF54E8DC



Sociedade Presta Serviços de Energia
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. José de Barros, 111, Rua 1912, Recife, Pernambuco - CEP 51040-020
 CNPJ 06.925.242/0001-76 | Fone: 51 303943-35 | www.celpe.com.br

CONTA DE ENERGIA

PERÍODO: 01/01/2019 A 31/03/2019

RAZÃO SOCIAL: EXEMPLO

Nº METER: 123456789

CPF: 000.000.000-00

MODALIDADE: RESIDUAL

ENDEREÇO: EXEMPLO

CONTA Nº: 123456789

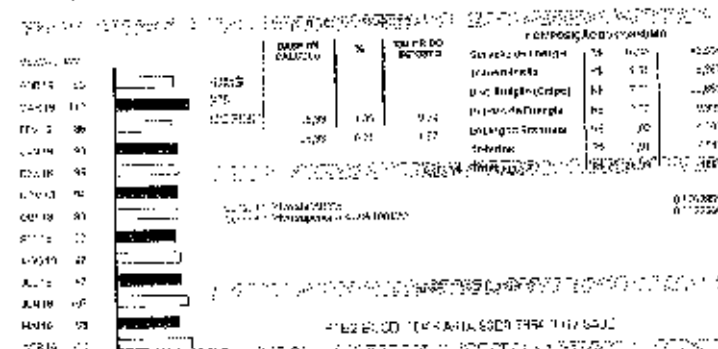
DATA DE EMISSÃO: 15/04/2019

VALOR TOTAL: R\$ 27,52

CONTA DE ENERGIA

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Energia Consumida	25,00 kWh	1,10 R\$/kWh	27,50
Impostos e Taxas	30,00 kWh	0,38 R\$/kWh	11,40
Taxa de Distribuição			0,12

TIPO DE TENSÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DEBITO	DEBITO ANTERIOR	DEBITO POSTERIOR
127V	01/01/2019	1000	01/02/2019	1050	50	0	50



Informações importantes: Este documento é emitido automaticamente pelo sistema de medição e não necessita de assinatura. O valor total a pagar é de R\$ 27,52. O prazo para pagamento é de 10 dias.

CONSUMO	VALOR UNIT.	QUANTIDADE	VALOR TOTAL
Energia Consumida	1,10 R\$/kWh	25,00 kWh	27,50
Impostos e Taxas	0,38 R\$/kWh	30,00 kWh	11,40
Taxa de Distribuição			0,12

CONSUMO	VALOR UNIT.	QUANTIDADE	VALOR TOTAL
Energia Consumida	1,10 R\$/kWh	25,00 kWh	27,50
Impostos e Taxas	0,38 R\$/kWh	30,00 kWh	11,40
Taxa de Distribuição			0,12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.612/98.

Peço exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILIARD LOPES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 437.180.268 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GILIARD LOPES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 437.180.268 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

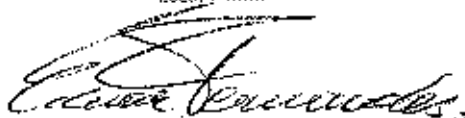
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

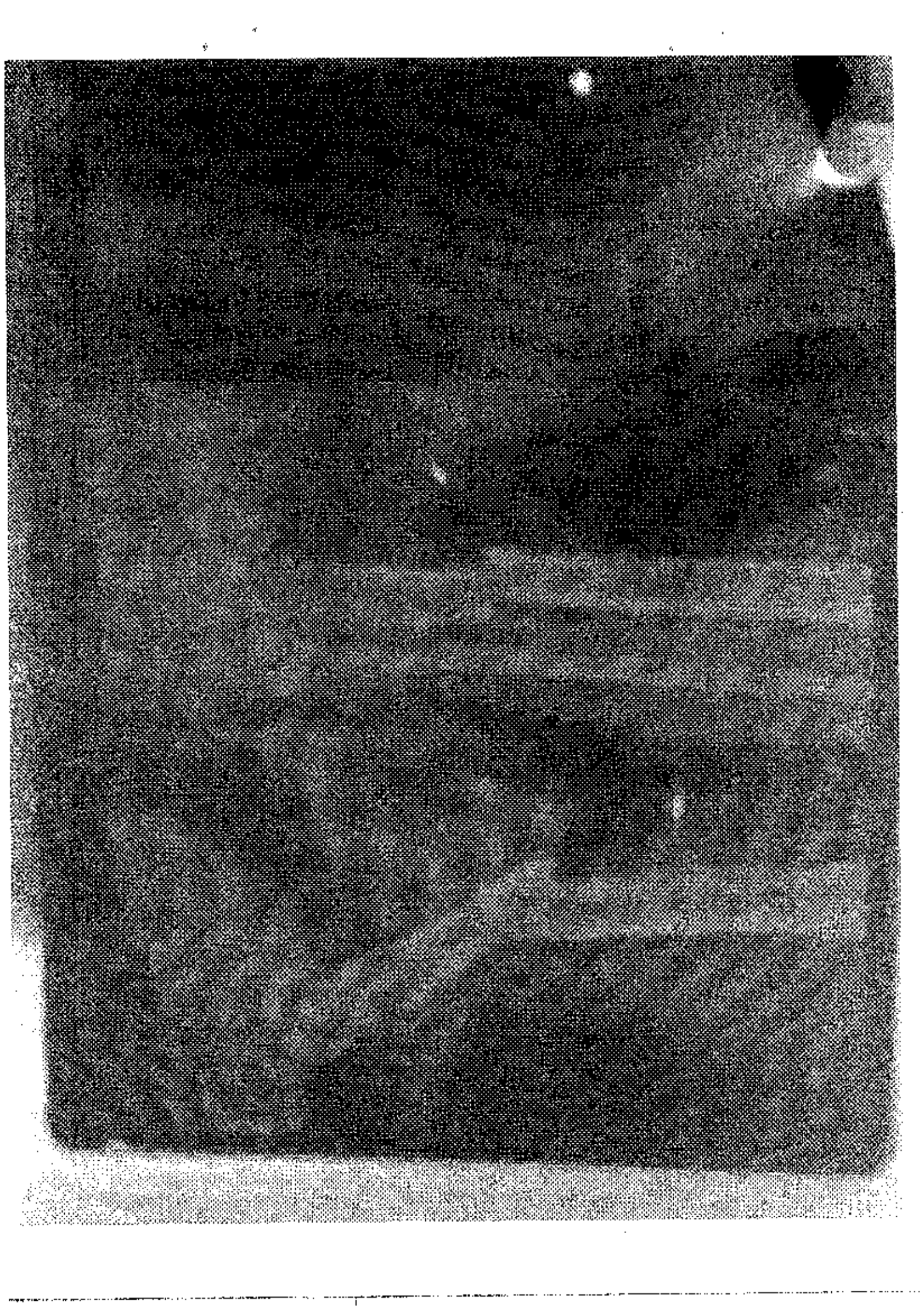
Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Sítio: <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CPF <u>55750-000</u>
Fone: _____		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9.9665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.8433-5022</u>

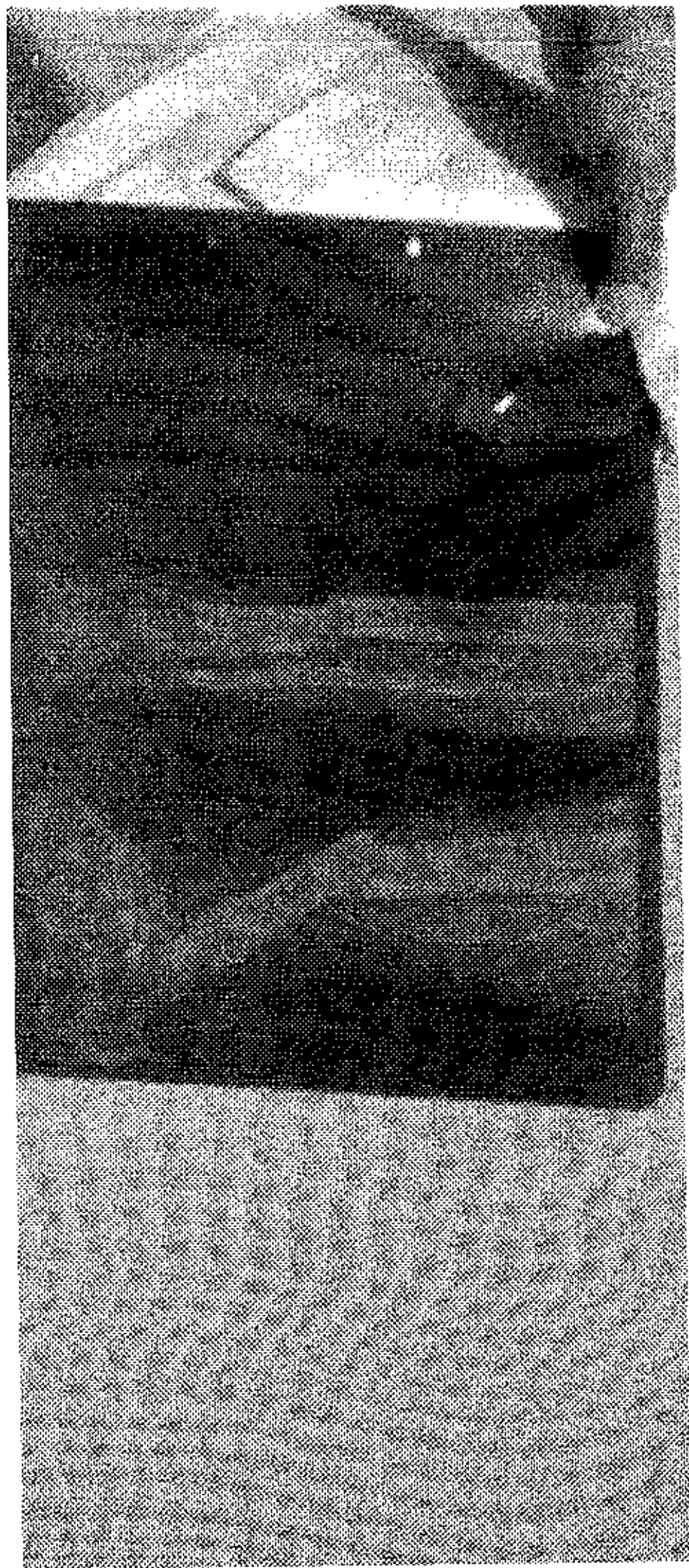
SURUBIM 28 de MAIO de 2020.

Local e Data



Assinatura do Declarante





FBI IDENTIFICATION CARD	
IDENTIFICATION CARD NAME: [REDACTED] DATE OF BIRTH: [REDACTED] SEX: [REDACTED] RACE: [REDACTED] HEIGHT: [REDACTED] WEIGHT: [REDACTED] HAIR: [REDACTED] EYES: [REDACTED] SKIN: [REDACTED] MARKS: [REDACTED] PHOTO: [REDACTED] IDENTIFICATION CARD NAME: [REDACTED] DATE OF BIRTH: [REDACTED] SEX: [REDACTED] RACE: [REDACTED] HEIGHT: [REDACTED] WEIGHT: [REDACTED] HAIR: [REDACTED] EYES: [REDACTED] SKIN: [REDACTED] MARKS: [REDACTED] PHOTO: [REDACTED]	
IDENTIFICATION CARD NAME: [REDACTED] DATE OF BIRTH: [REDACTED] SEX: [REDACTED] RACE: [REDACTED] HEIGHT: [REDACTED] WEIGHT: [REDACTED] HAIR: [REDACTED] EYES: [REDACTED] SKIN: [REDACTED] MARKS: [REDACTED] PHOTO: [REDACTED]	
IDENTIFICATION CARD NAME: [REDACTED] DATE OF BIRTH: [REDACTED] SEX: [REDACTED] RACE: [REDACTED] HEIGHT: [REDACTED] WEIGHT: [REDACTED] HAIR: [REDACTED] EYES: [REDACTED] SKIN: [REDACTED] MARKS: [REDACTED] PHOTO: [REDACTED]	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014488082188

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CID. SENAYAM	RUA/R.O.	EXERCÍCIO
1	1058478050	*****	2019

NOME
IVANILDA GOMES ANDRADE DE LIMA
DOM JARDIM-PE

CPF / CNPJ	PLACA
961.416.624-04	PDD7003

PLACA ANT. / UF	CHASSI
***** / PE	9C2200810PR202574

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAB / MOTOCICLETA	ALCO / GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
		2019

CAP / POT / CV	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
22 / 1500	PARTIC	VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1º *****
PRATA / PVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º *****
1	*****	3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOS (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
20.11	0.32	20.52	29/01/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL	DATA
DOM JARDIM	02/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

Director Presidente DETRAN/PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200247918 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILIARD LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 11/04/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA. ALTA.
PÁG.2,4,5,7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195403/20

Vítima: GILIARD LOPES DA SILVA

CPF: 437.180.268-05

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 11/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILIARD LOPES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GILIARD LOPES DA SILVA : 437.180.268-05

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: 13/07/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/07/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32.00247918 Data da solicitação: 16/08/2020
 Nome do beneficiário: Giliard Lopes da Silva CPF do beneficiário: 437.180.268
 Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: 05

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9.9665-0454 Tel. Comercial: (____) _____ Tel. Residencial: (____) _____
 E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: Doc. Imagem (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito que meu processo seja Reanalisado, pois sofri fraturas em minha perna esquerda, no momento este processo já está sendo analisado, mas gostaria de solicitar a reanálise por minha opinião, pois acredito que não foi suficiente a que tenho direito, peço que seja solicitado uma perícia para que seja averiguada minha sequela.

Vertente do Lacer, 13 de Agosto de 2020.

Giliard Lopes da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

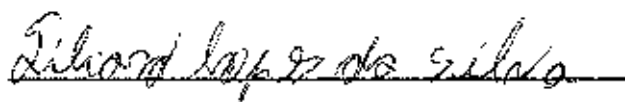
NOME: GILIARD LOPES DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: REC INFORMAR
RG: 59.696.146-7 SDS/PE e CPF: 437.180.268-05
DATA DO ACIDENTE: 11/04/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA :GILIARD LOPES DA SILVA
ENDEREÇO: SÍTIO SALVADOR, Nº 360 A , ZONA RURAL -VERTENTES DO LÉRIO – CEP:55760-000

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO OAB/PE nº 52105
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

VERTENTES DO LÉRIO, 22 DE ABRIL DE 2020



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195403/20

Número do Sinistro: 3200247918

Vítima: GILIARD LOPES DA SILVA

CPF: 437.180.268-05

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 11/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILIARD LOPES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 13/08/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos