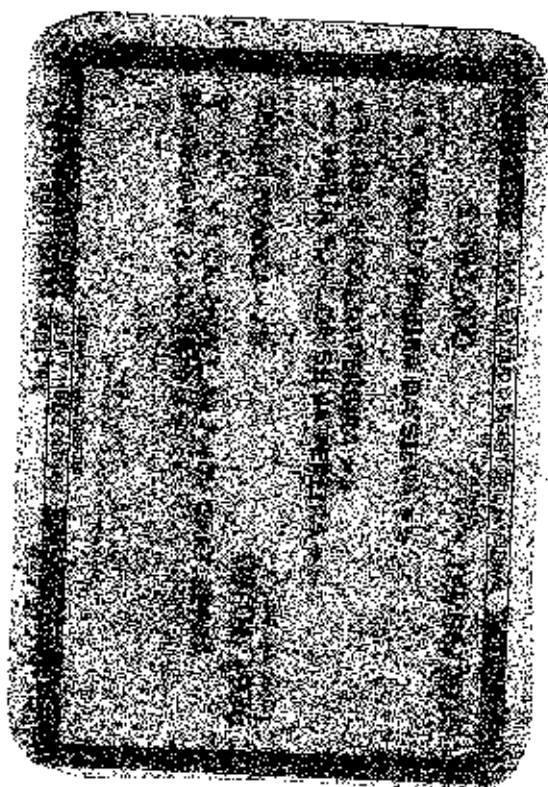




SECRET

1. NAME OF THE PERSON OR ENTITY	2. ADDRESS	3. CITY	4. STATE	5. ZIP CODE
6. PHONE NUMBER	7. FAX NUMBER	8. E-MAIL ADDRESS	9. WEBSITE	10. OTHER CONTACT INFORMATION
11. DATE OF INFORMATION				
12. SOURCE OF INFORMATION				
13. COMMENTS				

1. NAME OF THE PERSON OR ENTITY	2. ADDRESS	3. CITY	4. STATE	5. ZIP CODE
6. PHONE NUMBER	7. FAX NUMBER	8. E-MAIL ADDRESS	9. WEBSITE	10. OTHER CONTACT INFORMATION
11. DATE OF INFORMATION				
12. SOURCE OF INFORMATION				
13. COMMENTS				

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200170080 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSILDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA POR AVULSÃO DA BORDA TIBIAL ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.1 - ANEXO 1
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0132713/20

Vítima: JOSILDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 075.756.184-57

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

Titular do CPF: JOSILDO PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSILDO PEREIRA DA SILVA : 075.756.184-57

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: 07/05/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/05/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME- JOSILDO PEREIRA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 5.893.0002 SDS/PE e CPF-075.756.184-57
DATA DO ACIDENTE: 28/09/219
COBERTURA : INVALIDEZ
VÍTIMA: - JOSILDO PEREIRA DA SILVA
ENDEREÇO: RUA – FRANCELINA DA CONCEIÇÃO -Nº 26 ,SÃO MIGUEL / SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE – PE.

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03 CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -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.



SURUBIM (PE), 14 DE ABRIL DE 2020.

Josildo Pereira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

PROCURAÇÃO

21. ORGÃO

NOME JOSILDO PEREIRA DA SILVA

NACIONALIDADE BRASILEIRO

PROFISSÃO RECUSO INFORMAR

IDENTIDADE 829.002 SDPE 2 CRP 478 T66.184-57

DATA DO ATE 14/04/2020

GOBETURM INVALIDEX

VITIMA JOSILDO PEREIRA DA SILVA

ENDEREÇO RUA - FRANCELINA DA CONCEIÇÃO - Nº 28, SAO

MICHEL AGANTA CRUZ DO CARIBE - PE

OUTORGADO

NOME AURIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

NACIONALIDADE BRASILEIRA

PROFISSÃO RECUSO INFORMAR

334.44-04



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE SÃO DOMINGOS

Titular: JOSÉ QUINTINO DE LIMA - Substituto: JOSÉ QUINTINO DE LIMA FILHO / JIEVERTON FELIX DA SILVA
Rua Luiz Cecílio de Santana, 317 - Vila de São Domingos - Brejo da Madre de Deus/PE - Fone: (81) 3721.1721

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:

JOSILDO PEREIRA DA SILVA

sele:0076026.ZZE03202002.00267

dou fé. SAO DOMINGOS, 14/04/2020 11:09:15. Em test*

da verdade

Clenilson Sebastião dos Santos
Substituto



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE SÃO DOMINGOS
Clenilson Sebastião dos Santos

Emol R\$4,12 TSNR R\$0,82 Fern R\$0,04 Funseg R\$0,08 Isc R\$0,21 Tot R\$5,27 / CLENILSO

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0132713/20

Número do Sinistro: 3200170080

Vítima: JOSILDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 075.756.184-57

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSILDO PEREIRA 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: 19/05/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/05/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200170080

Vítima: JOSILDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSILDO PEREIRA 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

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200170080

Vítima: JOSILDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSILDO PEREIRA DA SILVA

Em razão da falta de apresentação do(a) BOLETIM DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200170080

Vítima: JOSILDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSILDO PEREIRA 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\$ 843,75
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%	
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$ 843,75

Recebedor: **JOSILDO PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000004758**

Conta: **0000025261-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200170080

Vítima: JOSILDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSILDO PEREIRA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/06/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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 sinistro ou ASL: 075.756.184-57 3 - CPF da vítima: 075.756.184-57 4 - Nome completo da vítima: JOSILDO PEREIRA 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: JOSILDO PEREIRA DA SILVA 6 - CPF: 075.756.184-57
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: RUA FRANCELINA DA CONCEIÇÃO 9 - Número: 26 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SÃO MIGUEL 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: RS 14 - CEP: 91900-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 51-99700-1998

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 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 POUPOANÇA (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: CAIXA ECONOMICA

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 4758 CONTA: 25264 (2)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.041/74), uma vez que:

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

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 LIDER para verificação da existência e a quantificação dos lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado(a) ☐ Divorçado ☐ Separado(a) judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da ocorrência: 07/05/2020
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 residuário (patrimônio)? ☐ 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 ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e provar em sua condição, estando ciente, ainda, de que qualquer outra 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 da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 07/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Josildo Pereira da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 075.756.184-57 3 - CPF da vítima: 075.756.184-57 4 - Nome completo da vítima: JOSILDO PEREIRA 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: JOSILDO PEREIRA DA SILVA 6 - CPF: 075.756.184-57
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: RUA FRANCELINA DA CONCEIÇÃO 9 - Número: 26 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SÃO MIGUEL 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: RS 14 - CEP: 91900-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 51-99700-1998

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 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 POUPOANÇA (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: CAIXA ECONOMICA

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 4758 CONTA: 25264 (2)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE 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 5.047/74), 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 LIDER para verificação da existência e a quantificação dos lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado(a) 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 descendentes? ☐ 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 ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e provarão essa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer outra 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 da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 03/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Josildo Pereira da Silva

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: 28/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSILDO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04758

CONTA: 000000025261-2

Nr. da Autenticação 75258E37C138618C

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1430060421

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-802
CNPJ: 10.535.532/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0045343-53



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 112 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 121 0142
Ouvidoria: 0300 232 5835
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco - ARPE: 0800 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! ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES		DATA DE VENCIMENTO 14/04/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 06/04/2020	CONTA CONTRATO 7008475460
ENDEREÇO RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3 CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -55192-305 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE -		TOTAL A PAGAR R\$ 29,31	DATA DA APRESENTAÇÃO 06/04/2020	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico 61
PERÍODO CONSUMO 05/03/2020 a 06/04/2020		CONSUMO 36		
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 23,00 valor do imposto R\$ 7,17				
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		VIA PARA PAGAMENTO		
Destaque aqui.				
CONTA CONTRATO 7008475460	MÊS/ANO 04/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 29,31	VENCIMENTO 14/04/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838300000004 293100110072 0084/5460109 144919190039				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 254 ou 0800 22 206 (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 do fixa do 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 COAF²**.

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE P. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSILDO PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.756.184 / 57 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima JOSILDO PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.756.184 / 57, 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 ROSEMIRO ALVES DA ROCHA</u>		Número <u>03</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SANTA CRUZ DO CAPIBARIIBE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55192-305</u>
E-mail _____		Telefone comercial(DDD) <u>81 99760-1998</u>	Telefone celular(DDD) <u>81-99161-3907</u>

Santa Cruz 07 de MAIO de 2020
DO CAPIBARIIBE Local e Data

Adriana M. Moura de P. Fernandes
Assinatura do Declarante



Nome: JOSILDO PEREIRA DA SILVA (1625557)

Admissão: 327263

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito:

Unidade de internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: 14/10/2019

ATESTADO MEDICO

PACIENTE JOSILDO PEREIRA DA SILVA FOI VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO EM 28/09/2019 ONDE FOI SOCORRIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO JOELHO ESQUERDO (CID S82.1, POR AVULSÃO DE BORDA TIBIAL ANTERIOR).

FOI SUBMETIDO A AVALIAÇÃO COM ESPECIALISTA EM CIRURGIA DO JOELHO EM 7/10/2019 E VERIFICADA A POSSIBILIDADE DE CIRURGIA POR SUPOSTA LESÃO DO TENDÃO PATELAR, NÃO CONFIRMADA NA USG AVALIADA HOJE. A LESÃO PARCIAL DO TENDÃO TEM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO NÃO-CIRÚRGICO.

ATUALMENTE APRESENTA DOR E EDEMA SUPERADOS, DEVENDO SER SUBMETIDO A REABILITAÇÃO COM FISIOTERAPIA.

ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO PERICIAL INSS PARA AFASTAMENTO DO TRABALHO TEMPORARIAMENTE; SUGIRO 60 DIAS.

CID 10: S76.1 + S82.1

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/10/2019 as 11:50

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15585 / CRM-BA 17638
TEOT: 11983

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: