



Número: **0000332-58.2020.8.17.2930**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Macaparana**

Última distribuição : **11/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NATANAEL FRANCISCO DA SILVA (AUTOR)		EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73030669	28/12/2020 15:50	ANEXO 1	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

17/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NATANAEL FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02257-8

CONTA: 000010019291-2

Nr. da Autenticação 1879D35363475A10



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200279427 Cidade: Macaparana Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: NATANAEL FRANCISCO DA SILVA Data do acidente: 04/05/2020 Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL AGUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM) E ALTA MÉDICA. PÁG 2/3

Sequelas permanentes: LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LESÕES NEUROLÓGICAS RESIDUAIS COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00





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, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200279427

Vítima: NATANAEL FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NATANAEL FRANCISCO 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

Cartão 16015500

Pag. 0048900500 - carta_01 - INVALIDEZ

00010250





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, 23 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200279427

Vítima: NATANAEL FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NATANAEL FRANCISCO 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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que causem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: NATANAEL FRANCISCO DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000002257-8

Conta: 000010019291-2

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 08391533417 3 - CPF da vítima: 08391533417 4 - Nome completo da vítima: Nataniel Francisco da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: Nataniel Francisco da Silva 6 - CPF: 08391533417
7 - Profissão: sem curso 8 - Endereço: Rua C3 9 - Número: 60 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: São Clemente 12 - Cidade: Macapara na 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55865-000
15 - E-mail: nhdpvat@hotmail.com 16 - Telefone: (31) 993107948

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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\$ 301,00 ATE R\$ 500,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 3.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (004)

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 2257 8 CONTA: 19291 0 AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador)

Autoriza a Seguradora Líder a colocar na conta bancária informada, de acordo com a legislação, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a ser devido, não havendo a necessidade de depósito em nome do beneficiário.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRESUNÇÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da lei, que não sou responsável por apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a perícia de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/71), 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 perícia por fim do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Se não a apresentação da análise do laudo judicial 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 não submeter a análise médica pericial, caso necessário, às autoridades legítimas para a verificação da existência e qualidade das lesões inferidas nos documentos de natureza de trânsito causal, por motivo automático, conforme disposto na Lei 6.194/71.

Declaro que esta declaração não se trata de prova conclusiva sobre a futura avaliação médica ou jurídica do direito de indenizar a vítima médica, caso decorrente do seu acidente.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando de posse, ainda, de que, caso não o fizerem, a declaração não verdadeira, poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 189 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a ração) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a ração) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a ração)

38 - 39 - Nome CPF: 40 - 41 - Nome CPF: 42 - Assinatura da testemunha 43 - Assinatura da testemunha

44 - Local e Data: Timbó, 05/08/2020 45 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver) 46 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 152ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAPARANA - DP 52ª CIRC
DINTER/11ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0142000307**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/08/2020** às **14:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/5/2020** no período da **Manhã**

Fato ocorrido na endereço: **MUNICIPIO DE MACAPARANA, 01, RUA ANTÔNIO TAVARES FILHO, PROXIMO AO NUMERO 07 - Bairro: CENTRO - MACAPARANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
NATANAEL FRANCISCO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

NATANAEL FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA ENEDINA DA SILVA Pai: ANTÔNIO FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 25/12/1988 Naturalidade: MACAPARANA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MACAPARANA, 60, TERRA PROMETIDA, RUA 03 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - MACAPARANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: MACAPARANA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MACAPARANA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - MACAPARANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CAMINHÃO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO** que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/VW/VW 13180** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGT5968 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Combustível: **DIESEL/IGNV**



Complemento / Observação

O SENHOR NATANAEL COMPARECEU A ESTÁ DEPOL E AFIRMOU QUE ESTAVA TRABALHANDO NO CARRO DO LIXO DA PREFEITURA DE MACAPARANA QUANDO O CAMINHÃO PAROU PARA RECONHER OS MATOS EM VIA PÚBLICA, SEU NATANAEL ESTAVA EM CIMA DO CAMINHÃO QUANDO O MESMO SAIU E SEU NATANAEL CAIU DE CIMA DO CAMINHÃO BATANDO COM A CABEÇA, ONDE OCASIONOU O TRAUMATISMO CRANIANO.

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

X *Natanael Francisco da Silva*
NATANAEL FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *ITALO* BRUNO MALTEZ FARIAS COSTA - Matrícula: 319986-0





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 08391533417 3 - CPF da vítima: 08391533417 4 - Nome completo da vítima: Nataniel Francisco da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: Nataniel Francisco da Silva 6 - CPF: 08391533417
7 - Profissão: desempregado 8 - Endereço: Rua C3 9 - Número: 60 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: São Clemente 12 - Cidade: Macapara na 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55865-000
15 - E-mail: nhdpvcat@hotmail.com 16 - Telefone: (31) 993107948

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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\$ 501,00 ATE R\$ 1.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 3.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (004)

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 2257 8 CONTA: 19291 0 AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador)

Autoriza a Seguradora Líder a colocar na conta bancária informada, de acordo com a legislação, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a ser devido, não havendo a necessidade de depósito em nome do beneficiário, desde que o beneficiário não seja menor de idade ou incapaz, conforme disposto no artigo 1.040 do Código de Processo Civil.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE IMIL - PRESUNÇÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da lei, que não sou impedido(a) de apresentar o laudo de IMIL (perícia médica legal IMIL) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/71), uma vez que:

- Não há IMIL que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMIL que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia por fim do Seguro DPVAT, ou
- O IMIL que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Se não há a apresentação da análise do laudo médico de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo de IMIL, concordando, desde já, em não submeter a análise médica pericial, caso necessário, às autoridades legítimas para a verificação da existência e extensão das lesões (inferências decorrentes de acidente de trânsito causadas por veículo automotor, conforme disposto na Lei 6.194/71).

Declaro que esta declaração não se trata de prova conclusiva sobre a futura avaliação médica ou terminação do direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na CIV) ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando de posse, ainda, de que, caso não comparecer, a declaração não verdadeira, poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 189 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a cargo): 35 - CPF legível de quem assina o pedido (a cargo): 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a cargo): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo): 38 - 1ª Testemunha: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Testemunha: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Timbó, 05/08/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): Nataniel Francisco da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 08391533417 3 - CPF da vítima: 08391533417 4 - Nome completo da vítima: Nataniel Francisco da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: Nataniel Francisco da Silva 6 - CPF: 08391533417
7 - Profissão: sem curso 8 - Endereço: Rua C3 9 - Número: 60 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: São Clemente 12 - Cidade: Macapara na 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55865-000
15 - E-mail: nhdpvat@hotmail.com 16 - Telefone: (31) 993107948

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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\$ 501,00 ATE R\$ 1.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 3.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (004)

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 2257 8 CONTA: 19291 0 AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador)

Autoriza a Seguradora Líder a colocar na conta bancária informada, de acordo com a legislação, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a ser devido, não havendo a necessidade de depósito em nome do beneficiário, sob pena de nulidade do depósito e consequente perda do valor devido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE IML - PRESUNÇÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da lei, que não sou responsável por apresentar o laudo de IML (perícia médica legal) para a perícia de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/71), 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 perícia por fim do Seguro DPVAT, ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Se não a apresentação da análise do laudo médico de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo de IML, concordando, desde já, em não submeter a análise médica pericial, caso necessário, às autoridades legítimas para a verificação da existência e qualidade das lesões (inferências dos peritos de saúde de trânsito causadas por veículo automotor, conforme disposto na Lei 6.194/71).

Declaro que esta declaração não se trata de prova conclusiva sobre a futura avaliação médica ou terminação do direito de comover a perícia médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando de posse, ainda, de que, caso não o fizerem, a declaração não verdadeira, poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 189 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a raso): 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a raso):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a raso): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a raso):

38 - 1ª Nome: 39 - 1ª Nome: 40 - Local e Data: Timbó, 05/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): 42 - Assinatura da testemunha: 43 - Assinatura da testemunha:

44 - 2ª Nome: 45 - Assinatura do Procurador (se houver):

46 - Assinatura do Procurador (se houver):

47 - Assinatura do Procurador (se houver):

48 - Assinatura do Procurador (se houver):

49 - Assinatura do Procurador (se houver):

50 - Assinatura do Procurador (se houver):

51 - Assinatura do Procurador (se houver):

52 - Assinatura do Procurador (se houver):

53 - Assinatura do Procurador (se houver):

54 - Assinatura do Procurador (se houver):

55 - Assinatura do Procurador (se houver):

56 - Assinatura do Procurador (se houver):

57 - Assinatura do Procurador (se houver):

58 - Assinatura do Procurador (se houver):

59 - Assinatura do Procurador (se houver):

60 - Assinatura do Procurador (se houver):

61 - Assinatura do Procurador (se houver):

62 - Assinatura do Procurador (se houver):

63 - Assinatura do Procurador (se houver):

64 - Assinatura do Procurador (se houver):

65 - Assinatura do Procurador (se houver):

66 - Assinatura do Procurador (se houver):

67 - Assinatura do Procurador (se houver):

68 - Assinatura do Procurador (se houver):

69 - Assinatura do Procurador (se houver):

70 - Assinatura do Procurador (se houver):

71 - Assinatura do Procurador (se houver):

72 - Assinatura do Procurador (se houver):

73 - Assinatura do Procurador (se houver):

74 - Assinatura do Procurador (se houver):

75 - Assinatura do Procurador (se houver):

76 - Assinatura do Procurador (se houver):

77 - Assinatura do Procurador (se houver):

78 - Assinatura do Procurador (se houver):

79 - Assinatura do Procurador (se houver):

80 - Assinatura do Procurador (se houver):

81 - Assinatura do Procurador (se houver):

82 - Assinatura do Procurador (se houver):

83 - Assinatura do Procurador (se houver):

84 - Assinatura do Procurador (se houver):

85 - Assinatura do Procurador (se houver):

86 - Assinatura do Procurador (se houver):

87 - Assinatura do Procurador (se houver):

88 - Assinatura do Procurador (se houver):

89 - Assinatura do Procurador (se houver):

90 - Assinatura do Procurador (se houver):

91 - Assinatura do Procurador (se houver):

92 - Assinatura do Procurador (se houver):

93 - Assinatura do Procurador (se houver):

94 - Assinatura do Procurador (se houver):

95 - Assinatura do Procurador (se houver):

96 - Assinatura do Procurador (se houver):

97 - Assinatura do Procurador (se houver):

98 - Assinatura do Procurador (se houver):

99 - Assinatura do Procurador (se houver):

100 - Assinatura do Procurador (se houver):

101 - Assinatura do Procurador (se houver):

102 - Assinatura do Procurador (se houver):

103 - Assinatura do Procurador (se houver):

104 - Assinatura do Procurador (se houver):

105 - Assinatura do Procurador (se houver):

106 - Assinatura do Procurador (se houver):

107 - Assinatura do Procurador (se houver):

108 - Assinatura do Procurador (se houver):

109 - Assinatura do Procurador (se houver):

110 - Assinatura do Procurador (se houver):

111 - Assinatura do Procurador (se houver):

112 - Assinatura do Procurador (se houver):

113 - Assinatura do Procurador (se houver):

114 - Assinatura do Procurador (se houver):

115 - Assinatura do Procurador (se houver):

116 - Assinatura do Procurador (se houver):

117 - Assinatura do Procurador (se houver):

118 - Assinatura do Procurador (se houver):

119 - Assinatura do Procurador (se houver):

120 - Assinatura do Procurador (se houver):

121 - Assinatura do Procurador (se houver):

122 - Assinatura do Procurador (se houver):

123 - Assinatura do Procurador (se houver):

124 - Assinatura do Procurador (se houver):

125 - Assinatura do Procurador (se houver):

126 - Assinatura do Procurador (se houver):

127 - Assinatura do Procurador (se houver):

128 - Assinatura do Procurador (se houver):

129 - Assinatura do Procurador (se houver):

130 - Assinatura do Procurador (se houver):

131 - Assinatura do Procurador (se houver):

132 - Assinatura do Procurador (se houver):

133 - Assinatura do Procurador (se houver):

134 - Assinatura do Procurador (se houver):

135 - Assinatura do Procurador (se houver):

136 - Assinatura do Procurador (se houver):

137 - Assinatura do Procurador (se houver):

138 - Assinatura do Procurador (se houver):

139 - Assinatura do Procurador (se houver):

140 - Assinatura do Procurador (se houver):

141 - Assinatura do Procurador (se houver):

142 - Assinatura do Procurador (se houver):

143 - Assinatura do Procurador (se houver):

144 - Assinatura do Procurador (se houver):

145 - Assinatura do Procurador (se houver):

146 - Assinatura do Procurador (se houver):

147 - Assinatura do Procurador (se houver):

148 - Assinatura do Procurador (se houver):

149 - Assinatura do Procurador (se houver):

150 - Assinatura do Procurador (se houver):

151 - Assinatura do Procurador (se houver):

152 - Assinatura do Procurador (se houver):

153 - Assinatura do Procurador (se houver):

154 - Assinatura do Procurador (se houver):

155 - Assinatura do Procurador (se houver):

156 - Assinatura do Procurador (se houver):

157 - Assinatura do Procurador (se houver):

158 - Assinatura do Procurador (se houver):

159 - Assinatura do Procurador (se houver):

160 - Assinatura do Procurador (se houver):

161 - Assinatura do Procurador (se houver):

162 - Assinatura do Procurador (se houver):

163 - Assinatura do Procurador (se houver):

164 - Assinatura do Procurador (se houver):

165 - Assinatura do Procurador (se houver):

166 - Assinatura do Procurador (se houver):

167 - Assinatura do Procurador (se houver):

168 - Assinatura do Procurador (se houver):

169 - Assinatura do Procurador (se houver):

170 - Assinatura do Procurador (se houver):

171 - Assinatura do Procurador (se houver):

172 - Assinatura do Procurador (se houver):

173 - Assinatura do Procurador (se houver):

174 - Assinatura do Procurador (se houver):

175 - Assinatura do Procurador (se houver):

176 - Assinatura do Procurador (se houver):

177 - Assinatura do Procurador (se houver):

178 - Assinatura do Procurador (se houver):

179 - Assinatura do Procurador (se houver):

180 - Assinatura do Procurador (se houver):

181 - Assinatura do Procurador (se houver):

182 - Assinatura do Procurador (se houver):

183 - Assinatura do Procurador (se houver):

184 - Assinatura do Procurador (se houver):

185 - Assinatura do Procurador (se houver):

186 - Assinatura do Procurador (se houver):

187 - Assinatura do Procurador (se houver):

188 - Assinatura do Procurador (se houver):

189 - Assinatura do Procurador (se houver):

190 - Assinatura do Procurador (se houver):

191 - Assinatura do Procurador (se houver):

192 - Assinatura do Procurador (se houver):

193 - Assinatura do Procurador (se houver):

194 - Assinatura do Procurador (se houver):

195 - Assinatura do Procurador (se houver):

196 - Assinatura do Procurador (se houver):

197 - Assinatura do Procurador (se houver):

198 - Assinatura do Procurador (se houver):

199 - Assinatura do Procurador (se houver):

200 - Assinatura do Procurador (se houver):

201 - Assinatura do Procurador (se houver):

202 - Assinatura do Procurador (se houver):

203 - Assinatura do Procurador (se houver):

204 - Assinatura do Procurador (se houver):

205 - Assinatura do Procurador (se houver):

206 - Assinatura do Procurador (se houver):

207 - Assinatura do Procurador (se houver):

208 - Assinatura do Procurador (se houver):

209 - Assinatura do Procurador (se houver):

210 - Assinatura do Procurador (se houver):

211 - Assinatura do Procurador (se houver):

212 - Assinatura do Procurador (se houver):

213 - Assinatura do Procurador (se houver):

214 - Assinatura do Procurador (se houver):

215 - Assinatura do Procurador (se houver):

216 - Assinatura do Procurador (se houver):

217 - Assinatura do Procurador (se houver):

218 - Assinatura do Procurador (se houver):

219 - Assinatura do Procurador (se houver):

220 - Assinatura do Procurador (se houver):

221 - Assinatura do Procurador (se houver):

222 - Assinatura do Procurador (se houver):

223 - Assinatura do Procurador (se houver):

224 - Assinatura do Procurador (se houver):

225 - Assinatura do Procurador (se houver):

226 - Assinatura do Procurador (se houver):

227 - Assinatura do Procurador (se houver):

228 - Assinatura do Procurador (se houver):

229 - Assinatura do Procurador (se houver):

230 - Assinatura do Procurador (se houver):

231 - Assinatura do Procurador (se houver):

232 - Assinatura do Procurador (se houver):

233 - Assinatura do Procurador (se houver):

234 - Assinatura do Procurador (se houver):

235 - Assinatura do Procurador (se houver):

236 - Assinatura do Procurador (se houver):

237 - Assinatura do Procurador (se houver):

238 - Assinatura do Procurador (se houver):

239 - Assinatura do Procurador (se houver):

240 - Assinatura do Procurador (se houver):

241 - Assinatura do Procurador (se houver):

242 - Assinatura do Procurador (se houver):

243 - Assinatura do Procurador (se houver



PC-30

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
R D G FERREIRA LIMA 127 CS
CENTRO (PX CLUB
55870-000 TIMBAUBA - PE



Portagem: 27/08/2019

Vencimento: 05/09/2019

Fim do mês: 26/08/2019

Faturamento próxima fatura: 26/09/2019

Título: **EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA**
Cartão: **4642.XXXX.XXXX.5253**

Entre no App Credicard para ver o seu limite, fatura, melhor data de compra e muito mais!

vencimento

05/09/2019

A) pagamento total

680,19

B) pagamento mínimo

102,03

C) parcelas fixas:

42,87
+23x 42,87

Veja outras opções na 2ª folha

Se o pagamento não for realizado,
seu cartão poderá ser suspenso.

Limites de crédito R\$

Limite total disponível

R\$ 100,00

Lancamentos: compras e saques

Limite R\$ 100,00

VISA**Resumo da fatura em R\$**

Total da fatura anterior	R\$ 1,81
Pagamento recebido em 05/08/2019	-R\$ 2,81
Saldo financiado	R\$ 0,00
Lançamentos atuais	R\$ 680,19
Total desta fatura	680,19

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o
consumidor deve pagar todos os juros e encargos apontados, nunca
cancelar o cartão, pois isso gera a suspensão do cartão e a cobrança do
valor total da fatura.





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 221204 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 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 nº 9.613/96.

Pelo exposto, eu, **EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **48.735.444-32** na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Notaniel Falcão, inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.915.334-17 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Notaniel Falcão da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.915.334-17, 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: Rua Geraldo Ferreira Lima. Número: 127 Complemento: Casa Bairro: Centro
Cidade: Timbaúba Estado: PE CEP: 55370-000 Email: ehdpvat@hotmail.com
Telefone: (81) 9-9716-7948

Timbaúba, 05 de Outubro de 2020

Eduardo H. G. F. Lima

Assinatura do Declarante

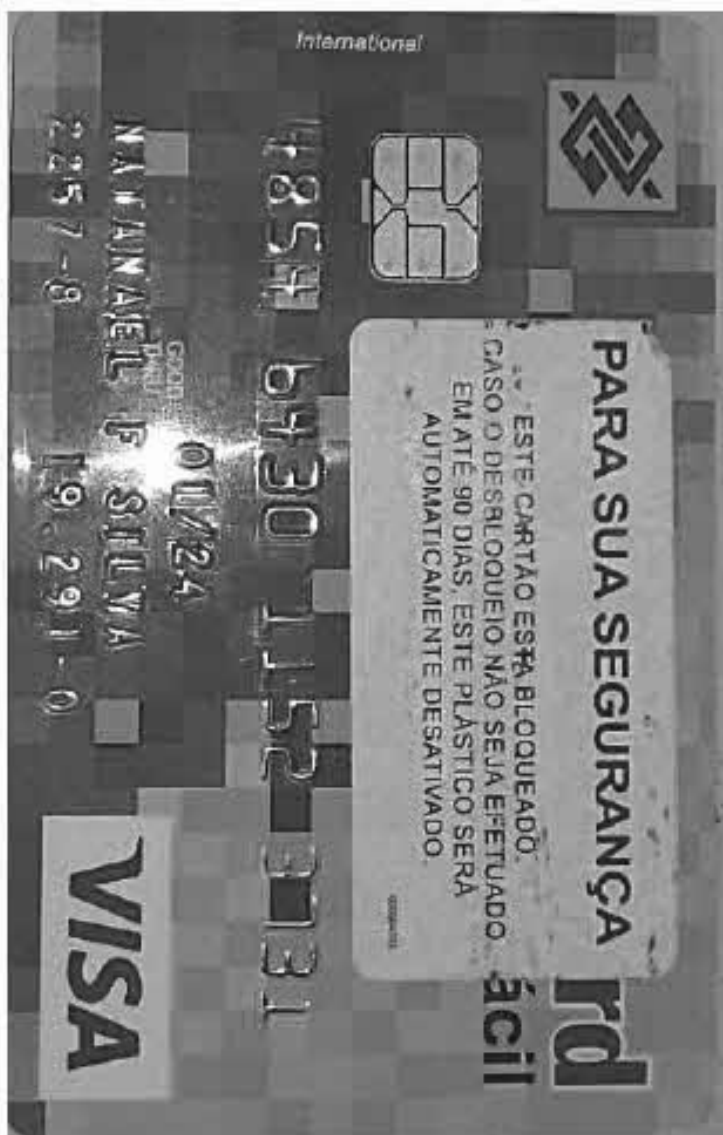
EL-DPVAT-V001/2017











RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219293/20
Vítima: NATANAEL FRANCISCO DA SILVA
CPF: 083.915.334-17
Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/05/2020
Titular do CPF: NATANAEL FRANCISCO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

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

NATANAEL FRANCISCO DA SILVA : 083.915.334-17

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: 06/08/2020
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200279427 Cidade: Macaparana Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: NATANAEL FRANCISCO DA SILVA Data do acidente: 04/05/2020 Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL AGUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM) E ALTA MÉDICA. PÁG 2/3

Sequelas permanentes: LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LESÕES NEUROLÓGICAS RESIDUAIS COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

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
Lesões neurológicas que causem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL

Outorgante: NATANAEL FRANCISCO DA SILVA, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF de nº 083.915.334-17, residente na Rua 03, nº 60, Terra Prometida, Macaparana-PE, CEP: 55865-000.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 5.425.924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que acima, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais:

Data do Acidente: 04 de Maio de 2020.
Natureza: Invalidez.

Timbaúba, 05 de Agosto de 2020

Nataniel Francisco da Silva

Testemunha I

Testemunha II



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219293/20
Vítima: NATANAEL FRANCISCO DA SILVA
CPF: 083.915.334-17
Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/05/2020
Titular do CPF: NATANAEL FRANCISCO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

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

NATANAEL FRANCISCO DA SILVA : 083.915.334-17

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: 06/08/2020
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Marta Marinho dos Santos

