

---

**Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200210822**

**Vítima: CARLOS ERMINIO PEREIRA**

**Data do Acidente: 15/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

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

**Senhor(a), CARLOS ERMINIO PEREIRA**

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, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200210822                      Vítima: CARLOS ERMINIO PEREIRA

Data do Acidente: 15/11/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ERMINIO PEREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
--------------------------------	--

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, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200210822

Vítima: CARLOS ERMINIO PEREIRA

Data do Acidente: 15/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ERMINIO PEREIRA

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\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: CARLOS ERMINIO PEREIRA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000003571

Conta: 0000022613-2

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 090 829 524 32 4 - Nome completo da vítima: Carlos Homínio Pereira

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

5 - Nome completo: Carlos Homínio Pereira 6 - CPF: 090 829 524 32  
7 - Profissão: Eletricista 8 - Endereço: Rua, São José 9 - Número: 232 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Taporanga 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58780.000  
15 - E-mail: carlos.homino@bol.com.br 16 - Tel.(DDD): 99947152024

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA: 3541 CONTA: 226172 (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Taporanga, 16/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1773/2019**

Natureza da ocorrência: LESÃO EM ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Data do fato: 15/11/2019 hora: 12:20 HORAS

Local do fato: BR 361, entrada de Itaporanga-PB

**NOTIFICANTE**

NOME: **CARLOS ERMINO PEREIRA**, alcunha "\*\*\*\*", Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: Itaporanga-PB, idade: 29 anos, nascido em 06/04/1990, cor/raça: Parda, Estado Civil: Casado, Profissão: Eletricista da Empresa Energisa, Escolaridade: médio, documento: RG 3581055 SSP/PB, CPF 090.829.524-32, filiação: Francisco Erminio Pereira e de Raimunda Pereira da Silva, endereço: Rua São José, nº 232, Centro, Itaporanga-PB, referência: xx - Telefone: (83)996126220.

**VÍTIMA**

NOME: **O NOTIFICANTE**, alcunha "xxx", Nacionalidade: xx, naturalidade: xx, idade: xx anos, nascido em xx/xx/xx, cor/raça: \*\*\*, Estado Civil: \*\*\*, Profissão: xx, Escolaridade: \*\*\*, documento: xx, filiação: xx e de xx, endereço: \*\*\*\*\* xx, referência: xx.

**HISTORICO DO FATO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data, hora e local supracitados, o comunicante vinha conduzindo uma MOTOCICLETA HONDA /NXR 160 BROS NSDD, ANO FAB/MOD 2015/2016, VERMELHA, PLACA QFU8258/PB, RENAVAL 01081239953, CHASSI 9C2KD0810GR422106, LICENCIADA EM NOME DE EDUARDO DOS SANTOS GUILHERMINO, quando foi surpreendido por outra motocicleta, vindo no sentido da cidade para o conjunto Chaga Soares, onde o comunicante foi atingido na altura da coxa direita, próximo a altura da bacia; QUE a outra motocicleta envolvida no sinistro não foi identificada; QUE o comunicante foi socorrido pela equipe plantonista do SAMU local para o hospital distrital de Itaporanga, onde foram feitos os primeiros procedimentos hospitalares, e devido a gravidade da lesão foi reacambiado para o Hospital Regional de Patos/PB. Nada mais a consignar.

Itaporanga-PB, 04 de Dezembro de 2019.

*Carlos Ermino Pereira*

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Policial responsável pelo registro: *Francimar Nunes Feitoza*  
Mat.: 160.024-9

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200210822 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS ERMINIO PEREIRA **Data do acidente:** 15/11/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

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

**Data da análise:** 22/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DA COXA DIREITA, ABSCESSO, ATROFIA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG. 1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 090 829 524 32 4 - Nome completo da vítima: Carlos Homínio Pereira

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

5 - Nome completo: Carlos Homínio Pereira 6 - CPF: 090 829 524 32  
7 - Profissão: Eletricista 8 - Endereço: Rua, São José 9 - Número: 232 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Taporanga 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58780.000  
15 - E-mail: percaos.assessoria@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 99944152024

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA: 3541 CONTA: 226172 (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Taporanga, 16/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: 25/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

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

CLIENTE: CARLOS ERMINIO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000022613-2

---

Nr. da Autenticação FD2DF7E5208815C2





# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRICULA

31802524

REFERÊNCIA

NOV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LOPES SILVA DELFINO

RUA SAO JOSE, 232 - CENTRO ITAPORANGA PB 58780-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
081.004.170.0383.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y05X273154	07/05/2007	EXT LACR LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PROXIMA LEITURA						
879	879	1	30	24/12/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
OUT/2019	1	30	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
SET/2019	1	30	TURBIDEZ	0	0	0
AGO/2019	1	30	CLORO	0	0	0
JUL/2019	1	30	COL.TERMOT	0	0	0
JUN/2019	1	30	COR	0	0	0
MAI/2019	1	30	COL.TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)	1	DADOS REFERENTES A: SET/2019				
DATA DA IMPRESSÃO: 26/11/2019						
HORA DA IMPRESSÃO: 10:21:14						
DESCRICAO			CONSUMO TOTAL(R\$)			
ÁGUA						
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)						
CONSUMO DE ÁGUA			1 M3 37,91			
ESGOTO						



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**

**Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04**

**SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

**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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Robson Rodrigues dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 1.09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Carlos Benício Pereira Inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.829.524 / 32

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade, morte da Vítima Carlos Benício Pereira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.829.524 / 32, 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 Eurico Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Itaporanga</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>roberto.menezes@ig.com.br</u>	CEP: <u>58780-000</u>	Tel.(DDD): <u>999421520 24</u>

Local e Data: Itaporanga 16/01/2020

Robson Rodrigues dos Santos  
Assinatura do Declarante

## Relatório Médico

Carlos Ermino Pereira

Paciente vítima de acidente de trânsito no dia 15/11/2019. Teve como lesão ferimento corto-contuso em face medial da coxa direita, evoluindo com formação de abscesso em coxa. Realizou tratamento clínico com antibióticos e curativos. Apresenta atrofia muscular em membro inferior direita, dor crônica e marcha claudicante. Alta médica a partir da data de hoje.

11/06/2020

Wryell Gomes Muniz

CRM-PB 11400

  
Dr. Wryell Gomes Muniz  
Médico  
CRM-PB 11400

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
SECRETARIA NACIONAL DE TRANSPORTES

**PE**

**NOME**  
EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF**  
5652161 SSP PE

**CPF**  
039.247.064-09

**DATA NASCIMENTO**  
13/04/1978

**FILIAÇÃO**  
ADELSON DOS SANTOS  
ODETE RODRIGUES DA SILVA

**PERMISSÃO**  
ACOMODADO

**ACC**  
RECEBIDO

**CAL. HAB.**  
AB

**Nº REGISTRO**  
06119219971

**VALIDADE**  
30/06/2023

**1ª HABILITAÇÃO**  
14/06/2007

**OBSERVAÇÕES**

*Edilson Rodrigues dos Santos*  
ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL**  
SERRA TALHADA, PE

**DATA EMISSÃO**  
21/06/2017

*Chelito Anderson Sousa Ribeiro*  
Diretor Presidente

**ASSINATURA DO DIRETOR**

**32584580707**  
**PE075781306**

**PERNAMBUCO**

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1424948517**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1424948517**

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**  
RUA RUYDO EUGENIO, 22 - CENTRO  
ITAPORANGA / PE CEP: 50780003 (A7: 154)

Ligação: MONOFÁSICO 1  
Car/Sec: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3110 Referência: Out / 2019  
Medidor: 00008827427 Emissão: 14/10/2019

**ENERGISA**  
ENERGISA PARÁBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Br200, km25 - Distrito Rodoviário - João Pessoa / PB - CEP 51071-111  
CNPJ 09.096.183/0001-40 - Ins. Est. 18.015.522

Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica Nº002.477.2  
Cód. para Dtb. Automático: 000002820

**Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196** Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2019	14/10/2019	12/11/2019	039.247.064-09 Ins. Est.

**UC (Unidade Consumidora):** **5/28252-5**

**Canal de contato**  
Conecte o Energia On! O 10880 aplicativo para smartphones e tablets oferece mais comodidade e facilidade para você. Baixe o app agora e informe taxa de luz, confira se houve o pagamento programado na sua região, solicite serviços ou esclareça dúvidas: tudo na palma da mão, sem filas e sem burocracia.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
CARLOS ERMINIO PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO  
3581055 SSP PB

CPF  
090.829.524-32

DATA NASCIMENTO  
06/04/1990

FILIAÇÃO  
FRANCISCO ERMINIO PEREIRA  
RAIMUNDA PEREIRA DA SILVA

PERMISSÃO  
ACC - CNH/A  
AB

Nº RENOVEL  
05303515640

VALIDADE  
03/06/2020

1ª HABILITAÇÃO  
16/09/2011

COMENTÁRIOS

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL  
ITAPORANGA, PB

DATA EMISSÃO  
23/06/2015

SIGNATURA DO EMISSOR

44693108005  
PB030533228

DETRAN-PB (PARANÁBA)

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1096086622

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1096086622



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014800117441  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
VIA CDB RENAVAM EXERCÍCIO  
1 0108123995-3 00/00000000 2019

EDUARDO DOS SANTOS GUILHERMINO

CPF / CNPJ 0649663748- PLACA QF08258/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 2KD0810GR422106

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

ANEXO 160 B SDD 2015 2016

CAP / POT / CL 2 P/162 / CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 00/00/0000 1º VENC / COTAS

PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000 1º DATA DE PAGAMENTO

PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 2º DATA DE PAGAMENTO

PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 3º DATA DE PAGAMENTO

PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 4º DATA DE PAGAMENTO

PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 5º DATA DE PAGAMENTO

PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 6º DATA DE PAGAMENTO

PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 7º DATA DE PAGAMENTO

PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 8º DATA DE PAGAMENTO

PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 9º DATA DE PAGAMENTO

PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 10º DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014800117441 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 28/08/2019

VIA 1 06496637482 CTE / CNPJ PLACA QF08258/PB

RENAVAM 3 HONDA/NXR160 BROS ESDE

ANO FAB 2015 9 9C2KD0810GR422106

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2019

P A G O

SEGURO

PARCELADO

**FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 320 111 269Data da solicitação: 11/06/2020  
DD/MM/AANome do beneficiário: Carlos Amunio PereiraCPF do beneficiário: 09082952432Nome do solicitante: Wilson Rodrigues dos SantosCPF do solicitante: 039 24706409**DADOS PARA CONTATO**Tel. Celular: ( 83 ) 999471520  
DDDTel. Comercial: (     )  
DDDTel. Residencial: (     )  
DDDE-mail: secao.arrendas@hotmail.com**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 AI RESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☐ NÃO☒ SIM, informe qual(is)  
documentos estão  
sendo entregues:☒ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☐ Outros:

(DESCREVER)

**NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**Itaporanga 11/06/2020  
Local e DataWilson Rodrigues dos Santos  
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a ruego)**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 ruego).

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200210822 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS ERMINIO PEREIRA **Data do acidente:** 15/11/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

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

**Data da análise:** 22/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM QUADRIL DIREITO (ATROFIA MUSCULAR EM MEMBRO INFERIOR).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG. 1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE QUADRIL DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** \*DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NO SINISTRO ANTERIOR NEGADO - 3200111269\*

**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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Carlos Ermínio Pereira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão eletricista, residente e domiciliado à Rua Saquarema, nº 232, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Paraná, Cep: 58280000, portador(a) do Rg nº 35.810.55, 1 e CPF nº 090.829.524.32.

Outorgado: Robson Rodrigues da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão autônomo, residente e domiciliado(a) à Rua Buridina Figueiredo, nº 22, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Paraná, Cep: 58280000, portador (a) do RG nº 5652161, 1 e CPF nº 039.242.064.09.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Carlos Ermínio Pereira, ocorrido em 15.11.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza material, 1 Nome.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

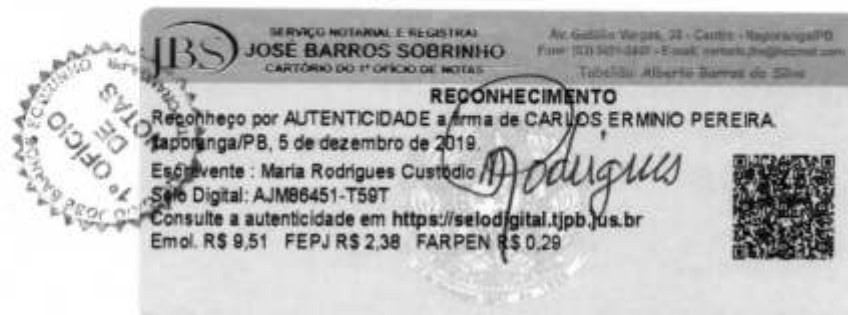
ITAPORANGA 05 de Dezembro de 2019.

x Carlos Ermínio Pereira

Outorgante

CPF Nº 090.829.524.32

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163614/20

**Vítima:** CARLOS ERMINIO PEREIRA

**CPF:** 090.829.524-32

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**Data do acidente:** 15/11/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CARLOS ERMINIO PEREIRA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

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

### CARLOS ERMINIO PEREIRA : 090.829.524-32

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/06/2020  
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS  
CPF: 039.247.064-09

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA