

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1912

**CONTA:** 611000

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

30/09/2022

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

PAG\_8146922

**VALOR TOTAL:**

843,75

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** WILLIANS PEREIRA DA SILVA

**BANCO:** 237

**AGÊNCIA:** 02007

**CONTA:** 000000351598

---

---

**Número da Autenticação**

08F311F3E7F4FBB6

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3220048102

**Cidade:** Guarabira

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** WILLIANS PEREIRA DA SILVA

**Data do acidente:** 22/03/2020

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 26/09/2022

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. PÁG 4

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. PÁG 4  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO 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 OMBRO 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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3220048102 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WILLIANS PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/03/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 23/09/2022

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. PÁG 4

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. PÁG 4  
ALTA MÉDICA.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 4  
EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE WILLIANS PEREIRA DA SILVA  
DADOS DE NASCIMENTO 13/03/87  
NOME DA MÃE MARIA APARECIDA ASSENDINO FERREIRA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.230.552  
Nº PRONTUÁRIO  
DATA DO ATENDIMENTO 22/03/2020  
HORA DO ATENDIMENTO 21:28  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO(S) FRATURA DA CLAVÍCULA E

CID 10 V22 + S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste PA, trazido do Hospital de Guarabira, vítima de colisão motocicleta x motocicleta. Encontrava-se com sinais de embriaguez. Queixava-se de dor em região cervical e em clavícula E, onde apresentava deformidade. Estado geral bom, Glasgow 15. Presença de sangramento em ouvido E.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio  
RX de articulação acrômio-clavicular E  
RX da escápula / ombro E - AP e Oblíquo

### TRATAMENTO:

TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DE CLAVÍCULA (imobilização em "8"):

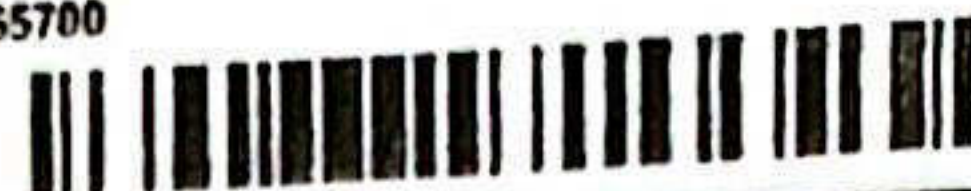
ALTA HOSPITALAR: 23/03/20

DATA DE EMISSÃO: 23/08/22

Dr. Ruy B. Ligeiro Jr.  
CRM-PB: 12.545  
R.O.F.: 5.094

Dr. Ruy Edgard Ligeiro Jr.  
CRM-PB: 12.545

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



Identificação do paciente			
Nome	WILLIANS PEREIRA DA SILVA		Sexo Masculino
CPF	1495437	Estado civil	Prontuário
Idade	33 anos 9 dias	Religião	
Nome da mãe	MARIA APARECIDA ASSENDINO FERREIRA		
Nome do pai	RAMUNDO PEREIRA DA SILVA		
Responsável (Parentesco)	ROSINEIDE ROSA DOS SANTOS - ESPOSO(A)		
DDD Celular	91650633	DDD	Telefone
Nº Cns	708602548855389		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	3656377	Tipo	UF
Local de proviência	GUARABIRA	MUNICIPIO	PB
Naturalidade	GUARABIRA		
Endereço			
Município de residência	GUARABIRA	UF	Logradouro MANOEL CUSTODIO DOS SANTOS
Complemento			Bairro VILA PADRE CICERO
Admissão			
Data e Hora	22/03/2020 21:28:28		Convênio SUS
Número da pulseira	100008841123		
Especialidade	CIRURGIA GERAL		
Clínica			
Origem do paciente	OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Motivo do atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
Detalhe do acidente	MOTO X MOTO		
Indicadores e Transporte			
Veículo de ambulância	Não		Trauma Não
Quem transportou	NAO INFORMADO		
Sinais Vitais			
Pulso	70 mmHg	Temperatura	
Exames complementares			
Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]
Diagnóstico			CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO			Tempo

*Paciente consciente orientado, apresentando lesões em membros superiores e inferiores.*

imprimir



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>WILLIANS PEREIRA DA SILVA</b>	BAE 1230552	Data/Hora Entrada 22/03/2020 21:28:28	Data Baixa
Data de nascimento 13/03/1987	Idade 33a 10d	CNS 708602548855389	Telefone de Contato (83) 91650633
Mãe <b>MARIA APARECIDA ASSENDINO FERREIRA</b>	Sexo Masculino		Prontuário
Endereço <b>MANOEL CUSTODIO DOS SANTOS, 167</b>	Bairro <b>VILA PADRE CICERO</b>	Município <b>GUARABIRA</b>	UF PB
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MARCEL SARAIVA BARBOSA</b>	Nº Cons. Regional 6900/PB
Data/Hora Classificação 22/03/2020 21:28:28		Data/Hora Prescrição 22/03/2020 21:38:40	

## ANAMNESE

# CIRURGIA GERAL# PACIENTE ENCAMINHADO DE GUARABIRA, COM HISTORIA DE INGESTA DE BEBIDA ALCOOLICA, VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, APRESENTA CEFALEIA INTENSA, OTORRAGIA A ESQUERDA, TONTURAS, REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO, APRESENTA DEFORMIDADE ANATÔMICA EM CLAVICULA ESQUERDA. NEGA TRAUMA TORACICO, ABDOMINAL. SEM MAIS QUEIXAS AOS EXAMES: EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, HIDRATADO, ACIANÓTICO. ABD: PLANO, RHA+, FLACIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL CD: 1º ATENDIMENTO PELA CIR GERAL ANALGESIA SOLICITO TAC DE CRANIO/ PARECER DA NCR SOLICITO RX DE OMBRO E/ CLAVICULA E/ PARECER DA ORTOPEDIA ALTA DA CIR GERAL

## MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO  
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA  
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

## CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

Dr. Marcel Saraiva Barbosa  
Cirurgião Geral  
CRM 6900 RQE 6909

MARCEL SARAIVA BARBOSA  
(CRM: 6900/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 22/03/2020 21:28:28



Paciente <b>WILLIANS PEREIRA DA SILVA</b>	BAE 1230552	Data/Hora Entrada 22/03/2020 21:28:28	Data Baixa 2020-03-23 02:54:11.0
Data de nascimento 13/03/1987	Idade 33a 10d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 91650633
Mãe <b>MARIA APARECIDA ASSENDINO FERREIRA</b>		CNS 708602548855389	Prontuário
Endereço <b>MANOEL CUSTODIO DOS SANTOS, 167</b>	Bairro <b>VILA PADRE CICERO</b>	Município <b>GUARABIRA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO</b>	Nº Cons. Regional 4518/PB
Data/Hora Classificação 22/03/2020 21:28:28		Data/Hora Prescrição 23/03/2020 02:54:15	

**ANAMNESE**

# CIRURGIA GERAL# PACIENTE ENCAMINHADO DE GUARABIRA, COM HISTORIA DE INGESTA DE BEBIDA ALCOOLICA, VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, APRESENTA CEFALIA INTENSA, OTORRAGIA A ESQUERDA, TONTURAS, REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO, APRESENTA DEFOMIDADE ANATÔMICA EM CLAVICULA ESQUERDA. NEGA TRAUMA TORACICO, ABDOMINAL, SEM MAIS QUEIXAS AOS EXAMES: EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, HIDRTADO, ACIANÓTICO. ABD: PLANO, RHA+, FLACIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL CD: 1º ATENDIMENTO PELA CIR GERAL ANALGESIA SOLICITO TAC DE CRANIO/ PARECER DA NCR SOLICITO RX DE OMBRO E/ CLAVICULA E/ PARECER DA ORTOPEDIA ALTA DA CIR GERAL  
(22/03/2020 21:38 40-MARCEL SARAIVA BARBOSA)

NEUROCIRURGIA TCE QUEDA MOTO AO EXAME: GLASGOW 15 PUPILAS ISO SEM DÉFICT MOTOR LATERALIZADO OTORRAGIA ESQUERDA, OUVIDO EXTERNO TC CRÂNIO NORMAL, OSSO TEMPORAL INTEGRO CONDUTA: ORIENTAÇÕES ALTA NEUROCIRURGIA  
(22/03/2020 22:40 33-GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA)

#ORTOPEDIA. PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO. EX.FÍSICO: -DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL DE OMBRO ESQUERDO; RXS DE OMBRO: FRATURA FECHADA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. CD: IMOBILIZAÇÃO EM OITO: RADIOGRAFIAS DE CONTROLE.  
(22/03/2020 22:58 35-STEFFERSON PINHEIRO DINIZ)

PACIENTE COM CONTROLE OK RECEB ALTA.  
(23/03/2020 02:54 15-JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO)

**MEDICAÇÃO**

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MG/TSM)

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO  
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA  
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)  
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

**PROCEDIMENTO**

IMOBILIZAÇÃO 8

**CID10**

S42.0 - Fratura da clavícula  
S05.9 - Traumatismo intracraniano, não especificado  
T14.9 - Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente ... utilizar na impressão?

**Conduta**

Alta médica

**Alta**

Usuário  
JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO  
Motivo de Alta  
ALTA MEDICA

Data e Hora  
23/03/2020 02:54:11  
Observações:



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANA E DEFESA SOCIAL  
8ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL  
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE GUARABIRA/PB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 320/ 2022

Certifico, em razão de meu ofício e a requerimento de verbal de pessoa interessada que, neste Cartório Policial, o livro de registro de Ocorrências nº 320/2022, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos DEZESSEIS dias do mês de SETEMBRO de DOIS MIL E VINTE E DOIS, nesta cidade de Guarabira-PB, presente a autoridade policial, DPC FRANCISCO BASILIO RODRIGUES, Delegado de Policia Civil, comigo, Escrivão de Policia, ao final assinado, aí por volta das 08:30min, compareceu o (a) senhor (a): WILLIANS PEREIRA DA SILVA, brasileiro, solteiro, Auxiliar de Serviços Gerais, nascido em 13/03/1987, Identidade nº 3.656.377/SSP/PB, CPF 066.952.364-02, natural de Guarabira/PB, filho de Raimundo Pereira da Silva e Maria Aparecida Assendino Ferreira, residente Rua Bela Vista nº 167 Guarabira/PB. O qual registra a seguinte ocorrência: Afirma o Noticiante que na data de 22/03/2020, por volta das 14:30 hs, conduzia um veículo MOTO HONDA CG 125 FAN KS, cor Branca, de placa NPS-7227/PB, CHASSI 9C2JC41109R505359, ano 2009, modelo 2009, RENAVAM 00154181080 , em nome de Ivanilda Francisco dos Santos, momento em transitava nas proximidades do Mercadinho DURVAL nesta cidade de Guarabira/PB, e ao passar em um quebra mola, perdeu o controle da moto, devido a queda, foi socorrido por populares para o Hospital Regional de Guarabira/PB, e em seguida foi transferido para o Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena em João Pessoa/PB, o qual foi submetido a uma fratura de Clavicula esquerda e perdendo a audição do ouvido esquerdo, conforme documentações anexa ao Boletim. por este motivo registra a ocorrência para os devidos fins de direito.

Guarabira-PB, 16 de SETEMBRO de 2022

NOTICIANTE: *Willians Pereira da Silva*  
WILLIANS PEREIRA DA SILVA,

*Rosicleide Rodrigues da Silva*  
Rosicleide Rodrigues da Silva  
Ag. Oper/Escrivã  
Mat. 127.554-2

# 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: 066.952.364-02 4 - Nome completo da vítima: Williams Pereira da Silva

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021**

5 - Nome completo: Williams Pereira da Silva 6 - CPF: 066.952.364-02  
 7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Bela Vista 9 - Número: 167 10 - Complemento: casa  
 11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Guaranina 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-000  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (83)98854-7538

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: Bradesco  
 AGÊNCIA: 2007 9 CONTA: 0351598 2  
(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

**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, Guaranina/PB, 14/09/2022

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

42 - Assinatura do Procurador (se houver)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 04 de Outubro de 2022**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3220048102**

**Vítima: WILLIANS PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 22/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), WILLIANS 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 dos ombros

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: **WILLIANS PEREIRA DA SILVA**

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

Banco: **237**

Agência: **000002007-9**

Conta: **000000351598-2**

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.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

