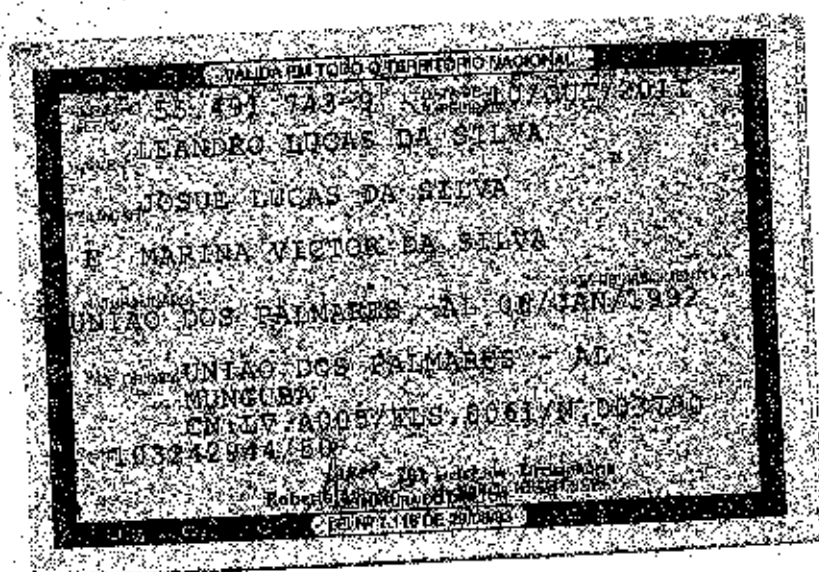






VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.339.162

01/09/2017

RECIFE - PE

05/01/1976

0000555-60 RECIFE - PE

074971 01 35 2008 9 00001 283

847.705.894-88

1015220012012008785110

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAM AL Nº 014722070870
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE 12/01/2019

01 01089405018 2018

RENDAYAN CORP. DE STARS

19900211150 01089405018

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, ALESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

AL Nº 014722070870 - DETAM DE SEGURO DPVAT

01 01089405018 2018

RENDAYAN CORP. DE STARS

19900211150 01089405018

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

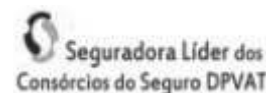
RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RENDAYAN CORP. DE STARS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398953/19

Vítima: LEANDRO LUCAS DA SILVA

CPF: 103.242.944-50

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 30/06/2019

Titular do CPF: LEANDRO LUCAS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

LEANDRO LUCAS DA SILVA : 103.242.944-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636892 **Cidade:** Maceió **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO LUCAS DA SILVA **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA DISCRETA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE EM JOELHO COM FLEXÃO DE 75 GRAUS, EXTENSÃO TOTAL E DISCRETA ATROFIA MUSCULAR COMPARADO COM O LADO CONTRALATERAL

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636892 **Cidade:** Maceió **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO LUCAS DA SILVA **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA DISCRETA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE EM JOELHO COM FLEXÃO DE 75 GRAUS, EXTENSÃO TOTAL E DISCRETA ATROFIA MUSCULAR COMPARADO COM O LADO CONTRALATERAL

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636892 **Cidade:** Maceió **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO LUCAS DA SILVA **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A DIREITA

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636892 **Cidade:** Maceió **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO LUCAS DA SILVA **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA

Sequelas permanentes: APRESENTA DISCRETA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE EM JOELHO COM FLEXÃO DE 75 GRAUS, EXTENSÃO TOTAL E DISCRETA ATROFIA MUSCULAR COMPARADO COM O LADO CONTRALATERAL

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO JOELHO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 02/12/2019

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636892 **Cidade:** Maceió **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO LUCAS DA SILVA **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO (RELATÓRIO MÉDICO - P2).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @2 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636892 **Cidade:** Maceió **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO LUCAS DA SILVA **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO (RELATÓRIO MÉDICO - P2).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @2 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: DATA DO ACIDENTE 30/06/2019 sinistro: INVALIDEZ PERMANENTE

NOME: LEANDRO LUCAS DA SILVA

RG: 55.491.743-9 SSP/PE

CPF: 103.242.944-50

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: SERVENTE

Endereço: RUA: DR FERNANDO FIGUEIRA N.34 Bairro MANDACARU

GRAVATA / PE CEP: 55640.000 , neste ato tendo assinado a rogo,

RG:

CPF:

Endereço:

Nº:

cep:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Est. Civil: DIVORCIADO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS.

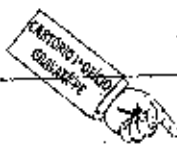
Identidade: 4.339.162 SSD/PE.

CPF: 847.705.894-68

Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos Apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Leandro Lucas da Silva
OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:

gravata, 15. outubro 2019
Local e Data

Reconhecer Firma Por Autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398953/19

Vítima: LEANDRO LUCAS DA SILVA

CPF: 103.242.944-50

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 30/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO LUCAS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

LEANDRO LUCAS DA SILVA : 103.242.944-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398953/19

Número do Sinistro: 3190636892

Vítima: LEANDRO LUCAS DA SILVA

CPF: 103.242.944-50

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 30/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO LUCAS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 16/01/2020
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636892

Vítima: LEANDRO LUCAS DA SILVA

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO LUCAS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636892

Vítima: LEANDRO LUCAS DA SILVA

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LEANDRO LUCAS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 08 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636892

Vítima: LEANDRO LUCAS DA SILVA

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANDRO LUCAS DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: LEANDRO LUCAS DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000000283-6

Conta: 00000100934-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636892

Vítima: LEANDRO LUCAS DA SILVA

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO LUCAS DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 10324294450 3 - CPF da vítima: 10324294450 4 - Nome completo da vítima: André Luis da Silva

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

5 - Nome completo: André Luis da Silva 6 - CPF: 10324294450
7 - Profissão: Recruta 8 - Endereço: R. Dr. Fernando Figueira 9 - Número: 34 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mandacaru 12 - Cidade: Gravata 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55640.000
15 - E-mail: 81992285097

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 0283 CONTA: 1009321 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNM) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da abertura 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 (ou nascido)? ☐ 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 nesta 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

Assinatura digital da vítima ou representante legal

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Gravata 12/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL
AL

559791
0398953/19



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 085506/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/09/2019 11:42 Data/Hora Fim: 25/09/2019 11:57
Delegado de Polícia: Sheila Carvalho Dantas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito da Capital
Data/Hora do Fato: 30/06/2019 01:00

Local do Fato

Município: Maceió (AL)
Logradouro: RUA BENEDITO LOUREIRO
Complemento: CONJUNTO VILAGE CAMPESTRE
Ponto de Referência: MERCADINHO O AZULÃO
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Cidade Universitária

Natureza

20005: Acidente Com Lesões

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LEANDRO LUCAS DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AL - União dos

Sexo: Masculino

Nasc: 08/01/1992

Profissão: Servente de Obras

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Mariana Vitor da Silva

Nome do Pai: Josué Lucas da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 103.242.944-50

RG - Carteira de Identidade: 55.491.743-9

Endereço

Município: Maceió - AL

Logradouro: Q C

Bairro: Jacintinho

Nº: 02

CEP: 57.042-125

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUFISTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Maceió - AL

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição: MOTOCICLETA

Placa: QLB9714

Número do Motor: KC22E0G058157

Ano/Modelo/Fabricação: 2016/2016

UF Veículo: Alagoas

Subgrupo: Motocicleta/Motocleta

CPF/CNPJ do Proprietário: 103.242.944-50

Renavam: 01089436818

Número do Chassi: 9C2KC2200GR058157

Cor: VERMELHA

Município Veículo: Maceió



Delegado de Polícia Civil: Sheila Carvalho Dantas
Impresso por: Sílvia Eduarda Michel Maia Gomes
Data de Impressão: 25/09/2019 11:57
Protocolo nº: Não disponível

Página: 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ - AL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 085506/2019

Marca/Modelo: HONDA/CG-160 FAN ESDI	Modelo: HONDA/CG-160 FAN ESDI
Veículo Adulterado? Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Envolvido, Meio Empregado	Última Atualização Denetrar: 17/06/2016
Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Leandro Lucas da Silva	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motonele
Descrição: MOTOCICLETA	Veículo Adulterado? Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido f	Proprietário

RELATÓRIO HISTÓRICO

SEGUNDO O DECLARANTE, estava como CARONA, em um MOTOCICLETA, de sua propriedade, esta sendo conduzida por um amigo da aluna PAULISTA, que trafegava pela Rua Benedito Laureiro, que uma outra moto, que seguia na mesma via, se que no sentido contrário a moto onde estava a vítima, que a outra moto invadiu a contra-mão e chocou-se frontalmente com a moto onde estava o declarante, que com o impacto foi arremessado ao solo e sofreu lesão corporal. Foi socorrido pelos Bombeiros e levado ao HGE segundo o relatório de nº 2044132.

ASSINATURAS

Silvio Eduardo M. Maia Gomes
AG: Polícia Civil
Matrícula 86210

Silvio Eduardo Michel Maia Gomes
Agente de Polícia
Matrícula 86210
Responsável pelo Atendimento

Leandro Lucas da Silva
(Conhecido/Identificado)

"Declaro que as declarações feitas ao direito (que sou o(a) declarante) responsável pelas informações acima apresentadas e deixo que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei, conforme previsto nas Artigos 339-Parágrafo 1º e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Delegado de Polícia Civil: Sheila Carvalho Dantas
Impressão por: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes
Data de Impressão: 25/09/2019 11:57
Protocolo nº: Não disponível

Página: 2 de 2

ppa - Processamento Policial Eletrônico

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 10324294450 4 - Nome completo da vítima: André Luis da Silva

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

5 - Nome completo: André Luis da Silva 6 - CPF: 10324294450
7 - Profissão: Recruta 8 - Endereço: R. Dr. Fernando Figueira 9 - Número: 34 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mandacaru 12 - Cidade: Gravatá 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55640-000
15 - E-mail: 81992285097

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: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 0283 CONTA: 1009321 6
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da abertura 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 (ou nascido)? ☐ 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 nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Gravatá 12/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

HOSPITAL GERAL DO ESTADO DE ALAGOAS

FICHA DE ATENDIMENTO

ALERGIA
DIPIRONA

Nº ATENDIMENTO: 2944132

DATA: 30/6/2019

HORA: 02:28:06

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: LEANDRO LUCAS DA SILVA

SEXO: MAS RAÇA/COR: SEM INFORMACAO DATA NASCITO: 06/01/1992 IDADE: 27 ANOS CPF: 10324294460

MÃE: MARINA VICTOR DA SILVA

RESPONSÁVEL/COMUNICANTE: PASTORA LUCAS DA SILVA (FONE: 988176192)

NACIONALIDADE: BRASIL

NATURAL DE: ALAGOAS

CARTÃO SUS:

CIDADE: MACEIOIAL

BAIRRO: CIDADE UNIVERSITARIA

98817-0372

LOGRADOURO: RUA SAO PEDRO N300 V CAMPESTRE II

TELEFONE PACIENTE:

OBSERVAÇÕES:

DADOS DO ATENDIMENTO



MOTIVO ATENDIMENTO: COLISAO

FORMA CHEGADA: BOMBEIROS AR 50

PROCEDÊNCIA: CIDADE UNIVERSITARIA

SETOR: AREA VERMELHA

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO

CASO POLICIAL: SIM

PLANO DE SAÚDE: NAO

TRAUMIA: NAO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Queixa Principal / História da Doença Atual:

Paciente vítima de acidente de moto com suspeita de fratura em MIB

Exame Físico: BFG, corado, orientado, afebril

ACV e AP: normais

ADD: plecos, sem alterações.

EXX: presença de deformidades e crepitações em MIB

Exames Complementares:

☐ RAIO-X

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ TC

☐ LIQUOR

☐ ECG

☐ ULTRASSONOGRAFIA

Hipótese Diagnóstica:

Fratura!

Conduta Clínica

Exipena (D)

Alta em boas condições

Assistência da ortopedia

Enfermagem



Confiro que a presente cópia
Conferir com a Original.
O referido é verdadeiro. Dou fe.

Maceio AL 24/06/2019

Assinatura

Mat. Nº 6.581

Assinatura e Carimbo do Médico

CADASTRO ORIGINAL:

Cintya Fernanda Mota Pedrosa - 30/06/2019 02:26:22

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO LUCAS DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00283-6

CONTA: 000000100934-6

Nr. Autenticação

BRADESCO051220190500000000002370028300000010093484375 PAGO



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DE FERNANDO FIGUEIRA 34.

MONDACA RUMBA: DAFARU
GRAYATA PE
55E4E-03E

7001337098 12/2018

31/12/2018 14/01/2019

Total Length (m) 12

[illegible]

DATE	PRICE (\$)	VALUE
20061101	0.7441285	
20061101	0.3812690	

• **تدريس اللغة العربية**

INTERPRETATIVE DE-CONSTRUCTING DECONSTRUCTED

W.D.	Y.M.D.A.	ANTERIOR		ATUAL		PERCENTUAL	CONCLUSÃO
PROB.	PROB.	DATA	VALOR	DATA	VALOR	VALOR	VALOR
		2011.12.10	10000000	2011.12.10	10000000	10000000	10000000

[illegible]

Page 10 of 10

[illegible]



bradesco

| 237-2 |

2379415000 81510.607500 19000.224507 0 0000000000000000

Nome do pagador/CNPJ/CPF/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYSSON S AMARAL - 84770589468

RUA RIVALDO BALTAR - 58 -

PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642155

Sacador/Avalista

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gleyson Santana de Amaral, inscrito (a) no CPF nº 1847705894, 68
na qualidade de Procurador(a), Intermediário(a) do Beneficiário João Paulo Leucos da Silva, inscrito
(a) no CPF sob o nº 103242944/50, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima
João Paulo Leucos da Silva, inscrito (a) no CPF sob o nº 103242944/50, 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>R. Rivaldo Baltar</u>		Número <u>56</u>	Complemento
Bairro <u>Prado</u>	Cidade <u>Uravata</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55642-155</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>81992285097</u>

Uravata 12 de novembro de 2019
Local e Data

Gleyson Santana de Amaral
Assinatura do Declarante

Secretaria de Saúde

Leandro Luis da Silva

Leandro Pereira

Paciente portador de
patologia da Otorrinolaringologia
Externa CID. S82.2 por ausência
de tratamento.

Sobretudo o tratamento
cirúrgico em outro serviço
alta médica

Sugestões, Reclamações, Elogios
Rua Izaltino Poggio, 33 - Prado - Gravata - PE
Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoriasugravata@hotmail.com

13/12/15

Dr. Alexandre Bezerra
Traumato - Ortopedia
CRM: 67044/5013/22