

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200198446 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDERLEIA GERMANO DA SILVA **Data do acidente:** 18/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 03/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.  
LUXAÇÃO GLENOUMERAL À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM ÂNCORA METÁLICA). PÁG 1/5/9  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS 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 DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200198446 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDERLEIA GERMANO DA SILVA **Data do acidente:** 18/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 03/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.  
LUXAÇÃO GLENOUMERAL À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM ÂNCORA METÁLICA). PÁG 1/5/9  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS 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 DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0154158/20

**Vítima:** VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

**CPF:** 044.788.684-33

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 18/12/2019

**Titular do CPF:** VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**VANDERLEIA GERMANO DA SILVA : 044.788.684-33**

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: 02/06/2020  
Nome: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA  
CPF: 044.788.684-33

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/06/2020  
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS  
CPF: 703.787.774-32

VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

JONATAN BARBOSA DE BARROS

---

**Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200198446**

**Vítima: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA**

**Data do Acidente: 18/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), VANDERLEIA GERMANO 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, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200198446

Vítima: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

Data do Acidente: 18/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VANDERLEIA GERMANO DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000005742-8

Conta: 000007351-2

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 044-788-684-33 3 - CPF da vítima: 044-788-684-33 Nome completo da vítima: Vanderleia Germano da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 481/2012

5 - Nome completo: Vanderleia Germano da Silva 9 - Número: 044-788-684-33  
7 - Profissão: Enfermeira 8 - Endereço: Estanislau Cordeiro 10 - Complemento: 60  
11 - Bairro: Caruaru 12 - Cidade: Indaiatuba 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55024-650  
15 - E-mail: 81-9-9663-684

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 anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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 as contas abertas através de uma agência) ☒ CONTA CORRENTE (Banco de Brasil)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (353) Nome do BANCO: Banco de Brasil  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 57428 CONTA: 73512

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.154/74), 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.

Selecione a justificativa do acidente 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, do Castan da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 5.194/74.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Guarda Parentesco com a vítima: 26 - Vítima possui companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tenha filhos, informar: 30 - Vítima deixou nascituro(a) recém-nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso verificado, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e se enquadrarem 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 ao artigo 299 do Código Penal.

NÃO ASSINAR ENTÃO

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a regra):  
35 - CPF legível de quem assina o pedido (a regra):  
36 - Assinatura de quem assina o pedido (a regra):

38 - 1ª Nome: CPF:  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: CPF:  
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):  
42 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  
FPI-003 1002/2019

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
02 JUN 2020  
PROTOCOLO  
ENCERRADO



COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
02 JUN 2020  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

VALIDO COMENTE NO BRASIL

CAIXA

POUPANÇA

5067 2252 6437 5751

5067

VALIDO ATE

08/24

FELIPE NILDO DA SILVA

0943 013 00058658-6

elo

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
02 JUN 2020  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC  
DINTER1/14ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0179000825

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/05/2020 às 14:20

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 18/12/2019 às 08:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA FRANCISCO DIAS DE BARROS -  
Bairro: INDIANOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)  
VANDERLEIA GERMANO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

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

VANDERLEIA GERMANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ISABEL BEZERRA DOS SANTOS Pai: CARMELITO GERMANO DA SILVA Data de Nascimento: 23/9/1979 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5999040/SSP/PE (RG), 04478968433 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: ENFERMEIRO(A)  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 60, RUA INSTANDERLAU CORDEIRO DE MELO - CEP: 0 - Bairro: INDIANOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): VANDERLEIA GERMANO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): VANDERLEIA GERMANO DA SILVA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTONETA/HONDA/BIZ 125 Objeto apreendido: Não  
Cor: CINZA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCN0367 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2JC4830KR013972  
Ano Fabricação/Modelo: 2019/NÃO INFORMADO  
Descrição: RENAVAL 1181722699

Complemento / Observação

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 JUN 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA REGISTRO 06/05/2020 21:33

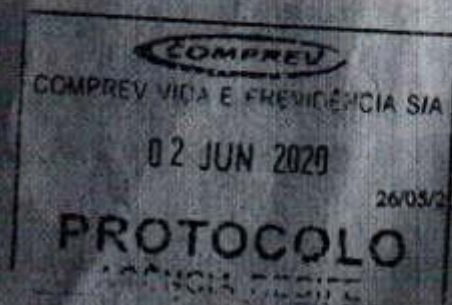


A VITIMA AFIRMA QUE PILOTAVA A REFERIDA MOTONETA QUANDO ANIMAL GATO ATRAVESSOU A VIA E AO  
FREAR A MOTONETA ACABOU PERDENDO CONTROLE DO VEICULO E CAIU NA VIA. QUE A VITIMA FOI  
SOCORRIDA PELO SAMU ATE HOSPITAL SANTA EFIGENIA PRONTUARIO 3406. CASO AFETO A 89 CIRC  
CARUARU.

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

*Vanderleia Germano da Silva*  
VANDERLEIA GERMANO DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE NIVALDO BEZERRA DOS SANTOS - Matrícula: 319618-6





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima

Nome completo da vítima

044-788-684-33 Vandúlia Germana da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 481/2012

5 - Nome completo

Vandúlia Germana da Silva

044-788-684-33

7 - Profissão

Enfermeira

Endereço: Estanislau Cordeiro

9 - Número

60

10 - Complementar

11 - Bairro

Caruaru

12 - Cidade

Indiopolis

13 - Estado

PE

14 - CEP

55024-650

15 - E-mail

81-9-9663-684

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 anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A 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 as contas abertas através de uma agência)

☒ CONTA CORRENTE (Banco de depósito)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (353)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito de verificação)

(informar o dígito de verificação)

(informar o dígito de verificação)

(informar o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho 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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.154/74), uma vez que:

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

Selecione a justificativa do acidente 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, do Castan da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 5.154/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - Guardo Parentesco com a vítima

26 - Vítima possui companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tenha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s):

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tenha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou sobrinho(s) sobrinha(s):

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso verificado, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e se enquadrarem na condição, estando viável, ainda, de que qualquer erro ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

X Vandúlia Germana da Silva

41 - Assinatura da vítima (beneficiário) (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP1-001 1002/2019

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A  
02 JUN 2020  
PROTOCOLO  
ENCERRADO



COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
02 JUN 2020  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

VALIDO COMENTE NO BRASIL

CAIXA

POUPANÇA

5067 2252 6437 5751

5067

VALIDO ATE

08/24

FELIPE NILDO DA SILVA

0943 013 00058658-6

elo

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
02 JUN 2020  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE



# 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: 10/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05742-8

CONTA: 000000007351-2

---

Nr. da Autenticação E4605A0E72A7035C







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTER NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1564694149



**VANDERLEIA GERMANO DA SILVA**

CPF: 044.798.684-33 / CNH: 04327233460

DATA NASCIMENTO: 23/09/1979

**GERMANO DA S  
ILVA  
IRANIL MEDEIRA DOS SANTOS**

ESTADO: **AR**

04327233460

28/03/2023

28/03/2000

Observações:

COMPETÊNCIA  
COMPETÊNCIA E LEGITIMIDADE  
02 JUN 2020  
PROTOCOLO

*Vanderleia Germano da Silva*

LOCAL: **CAJARI, PE**

DATA: **02/04/2018**

*[Assinatura]*

09514020422  
99093300306

**PERNAMBUCO**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1564694149



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETROU - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014337269337

VIA - COD. REGISTRO DE VEÍCULO: 119 102 684  
EXERCÍCIO: 2019

ANDERLEZA VASCONCELOS DA SILVA

APROVADO - PE

044.700.684

044.700.684

RA3 MOTONETA

HONDA/HIT 115

2019

12/2019

12/2019

12/2019

12/2019

12/2019

12/2019

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NOVO MUNDO TRANSFERENCIA

12/2019

12/2019

12/2019

PE Nº 014337269337 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANDERLEZA GIBRÃO DA SILVA

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

044.700.684

RA3 MOTONETA

044.700.684

044.700.684

044.700.684

044.700.684

044.700.684

044.700.684

044.700.684

044.700.684

044.700.684

Seguradora Líder - DPVAT