

# 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

**Valorização 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

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

# 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

**Valorização 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

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0154158/20

**Vítima:** VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

**CPF:** 044.788.684-33

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## 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

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, 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

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, 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, retorno 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 - CPF do Vítima ou ANL:

3 - CPF da Vítima

4 - Nome completo da vítima:

044-188-684-33 Vanderlei Germano da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPER N° 465/2012

5 - Nome completo:

Vanderlei Germano da Silva

6 - CPF:

044-788-684-33

7 - Endereço:

8 - Endereço: *Infermeira Estanislau Cordeiro*

9 - Número:

60

10 - Bairro:

Caruaru

11 - Cidade:

Indiaporépolis

12 - Estado:

PE

13 - CEP:

55024-650

14 - Tel (DDDI):

81-9-9663-684

15 - Tel (DDDI):

81-9-9663-684

DADOS CADASTRAIS

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 constiputado anexo (ANEXAR COPIA).

20 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORA)

CONTA POUPANÇA (Somente para os beneficiários que não possuem uma conta)

Bradesco (237)  BB (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Banco de Brasil)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

02

(Inserir o dígito de verific.)

Autentico a Seguradora Lider a anelar, na conta bancária informada, no mínimo liquidando, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu fui direito, respeitando o limite e data. Deixo 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 os perigos da Lei, que estou imunizado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.134/74), 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 da pedido.

Declaro o preenchimento da declaração de não pedido de indenização do Seguro DPVAT, pura, invalides permanente, com base na documentação me chega apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desse jeito, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, ao custo da Seguradora Lider para verificação da existência e a natureza das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículos automotores, conforme o disposto na Lei nº 94/74.

Declaro que esta autorização não significa privativa de cobertura 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo
24 - Data da morte da vítima:					
25 - Gênero Feminino com a vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companionável, informar o nome completo:		
26 - Vívo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	28 - Se óbito filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Vívo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vívo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vívo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se óbito filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
33 - Vívo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	34 - Vívo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	35 - Vívo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	36 - Vívo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	37 - Vívo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	38 - Vívo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

39 - Nome legal de quem assina o pedido (a negar)					
40 - CPF legal de quem assina o pedido (a negar)					
41 - Assinatura de quem assina o pedido (a negar)					
42 - Local e Data					
<p><i>x Vanderlei Germano da Silva</i></p> <p>43 - Assinatura do Vítima/Companheiro/Parente</p>					
<p>44 - Assinatura do Representante Legal (se houver)</p>					
<p>45 - Assinatura do Procurador (se houver)</p>					
<p>46 - Assinatura do Testemunha</p>					
<p>47 - Assinatura da Testemunha</p>					

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver)					
49 - Assinatura do Procurador (se houver)					
50 - Assinatura do Testemunha					
51 - Assinatura da Testemunha					
<p><i>COMPREV</i></p> <p>COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A</p> <p>02 JUN 2020</p> <p>PROTÓCOLO</p>					





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0179000825

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 Mês: ISABEL BEZERRA DOS SANTOS Pa: CARMELITO GERMANO DA SILVA Data de Nascimento: 23/8/1979 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 5999040/SSP/PE (RG) 0447888433 (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) Chave: **9CZJC4830KR013972**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2019/NÃO INFORMADO**  
 Descrição: **RENAVAM 1181722699**

Complemento / Observação

**COMPREV**  
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 JUN 2020

**PROTÓCOLO**

OCORRÊNCIA REC. N.º 20E0179000825  
 DATA: 26/05/2020 14:20:31:33

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 ATÉ HOSPITAL SANTA EFIGÉNIA PRONTUÁRIO 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 NUVALDO BEZERRA DOS SANTOS - Matrícula: 319618-6



*89º Distrito de Caruaru*

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 JUN 2020

26/05/2020 21:33

PROTOCOLO

ANEXO FOLHA 001



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - CPF do Vítima ou ANL:

3 - CPF da Vítima

4 - Nome completo da vítima:

044-188-684-33 Vanderlei Germano da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPER N° 46/2012

5 - Nome completo:

Vanderlei Germano da Silva

6 - CPF:

044-788-684-33

7 - Endereço:

8 - Endereço: *Infermeira Estanislau Cordeiro*

9 - Número:

60

10 - Cidade:

11 - Cidade: *Coronel Indianaopolis*

12 - Complemento:

13 - Estado:

14 - Estado: *PE*

15 - CEP:

55024-650

16 - Tel (DDDI):

81-9-9663-6844

17 - Tel (DDDI):

DADOS CADASTRAIS

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 constiputado anexo (ANEXAR COPIA).

20 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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 beneficiários que não possuem uma conta)

Bradesco (237)  BB (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Banco de Brasil)

Nome do BANCO: *Banco do Brasil*

AGÊNCIA: *5442*

CONTA: *7351*

AGÊNCIA: *5442*

CONTA: *7351*

*02*

Informar o dígito de menor

Informar o dígito de maior

Informar o dígito de menor

Informar o dígito de maior

Autentico a Seguradora Lider a anexar na conta bancária informada, se minima liquidez, o valor da indenização e reembolso do Seguro DPVAT a que eu sou direito, respeito certo e dando, deixo 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 os perigos da Lei, que estou imunizado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.134/74), 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 da pedido.

Declaro o preenchimento do acidente do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, pura invalidade permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desse jeito, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, ao IML da Seguradora Lider para verificação da existência e a extensão das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículos automotores, conforme o disposto na Lei nº 94/74.

Declaro que esta autorização não significa privativa de cobertura 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:			
25 - Gênero Feminino com a vítima:	26 - Vítima faleceu compenetrada?	27 - Se a vítima faleceu compenetrada, informar o nome completo:			
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se outra filha, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima faleceu: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se infante/mirim, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deu: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
34 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Falecida: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Falecida: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Este cliente se que a Seguradora Lider pagará, vivo ou -da, a indenização do Seguro DPVAT por morte acidentes beneficiários que se representarem e provarem essas condições, estando certo, ainda, de que qualquer anexo ou declaração não vedante se poderá para a comprovação de ressarcir o valor recebido, assim da responsabilidade da mesma per infarto do artigo 299 do Código Penal.					

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a negar): <i>Vanderlei Germano da Silva</i>	36 - CPF legível de quem assina o pedido (a negar):	37 - Assinatura de quem assina o pedido (a negar):	38 - 1º   Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2º   Nome: CPF: Assinatura da testemunha	40 - Local e Data: <i>02 JUN 2020</i>	41 - Assinatura do Representante Legal (se houver): <i>COMPREV</i>	42 - Assinatura do Procurador (se houver): <i>COMPREV</i>

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

44 - Assinatura do Procurador (se houver):

45 - Assinatura do Procurador (se houver):

46 - Assinatura do Procurador (se houver):

47 - Assinatura do Procurador (se houver):

48 - Assinatura do Procurador (se houver):

49 - Assinatura do Procurador (se houver):

50 - Assinatura do Procurador (se houver):

51 - Assinatura do Procurador (se houver):

52 - Assinatura do Procurador (se houver):

53 - Assinatura do Procurador (se houver):

54 - Assinatura do Procurador (se houver):

55 - Assinatura do Procurador (se houver):

56 - Assinatura do Procurador (se houver):

57 - Assinatura do Procurador (se houver):

58 - Assinatura do Procurador (se houver):

59 - Assinatura do Procurador (se houver):

60 - Assinatura do Procurador (se houver):

61 - Assinatura do Procurador (se houver):

62 - Assinatura do Procurador (se houver):

63 - Assinatura do Procurador (se houver):

64 - Assinatura do Procurador (se houver):

65 - Assinatura do Procurador (se houver):

66 - Assinatura do Procurador (se houver):

67 - Assinatura do Procurador (se houver):

68 - Assinatura do Procurador (se houver):

69 - Assinatura do Procurador (se houver):

70 - Assinatura do Procurador (se houver):

71 - Assinatura do Procurador (se houver):

72 - Assinatura do Procurador (se houver):

73 - Assinatura do Procurador (se houver):

74 - Assinatura do Procurador (se houver):

75 - Assinatura do Procurador (se houver):

76 - Assinatura do Procurador (se houver):

77 - Assinatura do Procurador (se houver):

78 - Assinatura do Procurador (se houver):

79 - Assinatura do Procurador (se houver):

80 - Assinatura do Procurador (se houver):

81 - Assinatura do Procurador (se houver):

82 - Assinatura do Procurador (se houver):

83 - Assinatura do Procurador (se houver):

84 - Assinatura do Procurador (se houver):

85 - Assinatura do Procurador (se houver):

86 - Assinatura do Procurador (se houver):

87 - Assinatura do Procurador (se houver):

88 - Assinatura do Procurador (se houver):

89 - Assinatura do Procurador (se houver):

90 - Assinatura do Procurador (se houver):

91 - Assinatura do Procurador (se houver):

92 - Assinatura do Procurador (se houver):

93 - Assinatura do Procurador (se houver):

94 - Assinatura do Procurador (se houver):

95 - Assinatura do Procurador (se houver):

96 - Assinatura do Procurador (se houver):

97 - Assinatura do Procurador (se houver):

98 - Assinatura do Procurador (se houver):

99 - Assinatura do Procurador (se houver):

100 - Assinatura do Procurador (se houver):

101 - Assinatura do Procurador (se houver):

102 - Assinatura do Procurador (se houver):

103 - Assinatura do Procurador (se houver):

104 - Assinatura do Procurador (se houver):

105 - Assinatura do Procurador (se houver):

106 - Assinatura do Procurador (se houver):

107 - Assinatura do Procurador (se houver):

108 - Assinatura do Procurador (se houver):

109 - Assinatura do Procurador (se houver):

110 - Assinatura do Procurador (se houver):

111 - Assinatura do Procurador (se houver):

112 - Assinatura do Procurador (se houver):

113 - Assinatura do Procurador (se houver):

114 - Assinatura do Procurador (se houver):

115 - Assinatura do Procurador (se houver):

116 - Assinatura do Procurador (se houver):

117 - Assinatura do Procurador (se houver):

118 - Assinatura do Procurador (se houver):

119 - Assinatura do Procurador (se houver):

120 - Assinatura do Procurador (se houver):

121 - Assinatura do Procurador (se houver):

122 - Assinatura do Procurador (se houver):

123 - Assinatura do Procurador (se houver):

124 - Assinatura do Procurador (se houver):

125 - Assinatura do Procurador (se houver):

126 - Assinatura do Procurador (se houver):

127 - Assinatura do Procurador (se houver):

128 - Assinatura do Procurador (se houver):

129 - Assinatura do Procurador (se houver):

130 - Assinatura do Procurador (se houver):

131 - Assinatura do Procurador (se houver):

132 - Assinatura do Procurador (se houver):

133 - Assinatura do Procurador (se houver):

134 - Assinatura do Procurador (se houver):

135 - Assinatura do Procurador (se houver):

136 - Assinatura do Procurador (se houver):

137 - Assinatura do Procurador (se houver):

138 - Assinatura do Procurador (se houver):

139 - Assinatura do Procurador (se houver):

140 - Assinatura do Procurador (se houver):

141 - Assinatura do Procurador (se houver):

142 - Assinatura do Procurador (se houver):

143 - Assinatura do Procurador (se houver):

144 - Assinatura do Procurador (se houver):

145 - Assinatura do Procurador (se houver):

146 - Assinatura do Procurador (se houver):

147 - Assinatura do Procurador (se houver):

148 - Assinatura do Procurador (se houver):

149 - Assinatura do Procurador (se houver):

150 - Assinatura do Procurador (se houver):

151 - Assinatura do Procurador (se houver):

152 - Assinatura do Procurador (se houver):

153 - Assinatura do Procurador (se houver):

154 - Assinatura do Procurador (se houver):

155 - Assinatura do Procurador (se houver):

156 - Assinatura do Procurador (se houver):

157 - Assinatura do Procurador (se houver):

158 - Assinatura do Procurador (se houver):

159 - Assinatura do Procurador (se houver):

160 - Assinatura do Procurador (se houver):

161 - Assinatura do Procurador (se houver):

162 - Assinatura do Procurador (se houver):

163 - Assinatura do Procurador (se houver):

164 - Assinatura do Procurador (se houver):

165 - Assinatura do Procurador (se houver):

166 - Assinatura do Procurador (se houver):

167 - Assinatura do Procurador (se houver):

168 - Assinatura do Procurador (se houver):

169 - Assinatura do Procurador (se houver):

170 - Assinatura do Procurador (se houver):

171 - Assinatura do Procurador (se houver):

172 - Assinatura do Procurador (se houver):

173 - Assinatura do Procurador (se houver):

174 - Assinatura do Procurador (se houver):

175 - Assinatura do Procurador (se houver):

176 - Assinatura do Procurador (se houver):

177 - Assinatura do Procurador (se houver):

178 - Assinatura



# 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: 00000007351-2

---

Nr. da Autenticação E4605A0E72A7035C

**CAIXA**



http://www.ijerph.org



CTC RECIFE PE 04  
VANDERLEIA GERMANO DA SILVA  
ESTANISLAU CORDEIRO DE MELO 00060  
INDIANOPOLIS  
55024-650 CARUARU PE - PE



2011-07821 601171000001282 30 250.00

1406  
3

AD 1970  
Graz  
Austria  
1970  
Vernon L. MURRAY



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MISSIONS GLEANINGS

DETTRAN-PE

卷之三

DE NO. 1

卷之三

卷之三

AND THE CROWN

卷之三

CONTINUOUS

卷之三

111

BRITISH JOURNAL OF VETERINARY MEDICINE

卷之三

Scanned by TapScanner