

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200118754
Nome do(a) Examinado(a): Cicero Bernadino da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Jose Aragao Neto, 22 C
Sao Jose Santa Cruz do Capibaribe PE CEP: 55195-232
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / AL] 3337771-5
Data local do acidente: [05/10/2019]
Data local do exame: [07/05/2020] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TCE GRAVE COM CONTUSÃO CEREBRAL E FRATURA EXPOSTA DA Perna DIREITA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE GRAVE COM CONTUSÃO CEREBRAL E OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO DA FRATURA EXPOSTA DA Perna DIREITA

Complicações: NDN

Data da Alta: VITIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME: HEMIPARESIA A DIREITA, REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO, DISFASIA, DESORIENTAÇÃO

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DANO NEUROLÓGICO(HEMIPARESIA E DANO COGNITIVO COMPORTAMENTAL) E DO TORNOZELO DIREITO

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **(X) 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **(X) 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

- VIII.(*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Andrea Rodrigues Madeira
CPF - 846.667.813-15
CRM/PE - 19953

*Andrea R. Madeira
CRM-19953*



CELPE

DADOS DO CLIENTE
CARMELUCIA FERREIRA BARBOSA DA SILVA

CPF 935 449 016-70

CLASSIFICAÇÃO

Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/2002

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energetica do Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-98 | Insc. Est 0008943-83 | www.cepe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL MARQUES DA SILVA

CPF 935 449 016-70

LOTTO STA TEREZA II/SANTA CRUZ DO
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
66100-115

082423410 UNICA 24/10/2018

CODIGO CONTRATO
7033065145 **10/2019**
DATOS DE MERCADO
31/10/2019 **25/11/2019**
TOTAL A PAGAR
34,46

DESCRIÇÃO DA NOVA ESPECIE

CONSUMO ATIVO (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acréscimo Bandeira AMARELA	41.0000000	0,1086952	33,22
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,99
			0,54

TOTAL De FATO

- 34 -

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA ROTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA PRINCIPAL CAT.	ANTERIOR DATA	LITRAGEM	ATUAL DATA	LITRAGEM	Nº DE GÁGAR	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MW)
FH32250		23-08-2018	10.980,00	24-03-2019	10.731,00	21	1.00000		41.000

DETALHAMENTO DE CÁLCULO		VALORES DE REFERÊNCIA			COMPOSIÇÃO DA CONSUMO	
MES	ANO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTO	CUSTOS DE ESTOQUE	R\$
GUT	19				Transmissão	10,51
SET	19	30			R\$	1,20
AGO	19	30			Distibuição (I)	7,28
AU	18	30			R\$	3,29
ICMS		34,46	25,80	8,81	Período de charge	6,69
PIS		34,46	1,72	0,60	Encargos Salariais	1,71
COFINS		34,46	6,86	2,36	Tributos	11,08
					Total	36,42
						100%

INFORMACIÓ D' IMPORTÀNCIA

Per cada de la informació que troba en aquesta pàgina, hi ha un enllaç que li permetrà accedir a la correspondència d'informació que el Consell d'Administració ha rebut respecte a aquesta informació. Podeu fer clic en aquest enllaç i trobareu la correspondència d'informació que el Consell d'Administració ha rebut respecte a aquesta informació. Podeu fer clic en aquest enllaç i trobareu la correspondència d'informació que el Consell d'Administració ha rebut respecte a aquesta informació. Podeu fer clic en aquest enllaç i trobareu la correspondència d'informació que el Consell d'Administració ha rebut respecte a aquesta informació. Podeu fer clic en aquest enllaç i trobareu la correspondència d'informació que el Consell d'Administració ha rebut respecte a aquesta informació.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VAI H

ATENÇÃO! SEU CREDITO ESTÁ INATUALIZADO. Sua fatura de setembro não foi paga. Seu cartão de crédito está inativo. Para que seu cartão seja reativado, é necessário que você pague sua fatura de setembro. Caso contrário, seu cartão permanecerá inativo. Seu cartão de crédito é seu direito de compra. Por favor, pague sua fatura de setembro e reative seu cartão de crédito.

Este informe analiza la situación de las empresas que tienen actividad en el sector público y su evolución entre 2000 y 2004. Se analizan las cifras de facturación, empleo y crecimiento de los sectores público y privado, así como las principales tendencias que se observan en el desarrollo económico de Andalucía.



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.433, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ROSEMIRIO ALVES FUCHAS

CPF 945 234 444-04

CENTRO/SANTA CRUZ DO CABIBARIBE
SANTA CRUZ DO CABIBARIBE PE
55192-305

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL
079864121

SÉRIE
UNICA

EMISSÃO
08/10/2019

COTA CONTRABALDO
7008475460

MÊS ANO
10/2019

DATA DE VENCIMENTO
15/10/2019

DATA DE PRIMERA LEITURA
08/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

53,62

APRESENTAÇÃO N.º DO CLIENTE N.º DA INSTALAÇÃO

08/10/2018

2011166068

3423002

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	59,000000	0,81089952	47,63
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,30
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,82
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Suvenção-CDE-NF 072300654-08/08/19			0,80

TOTAL DA FATURA

53,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

N.º DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	DATA ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	N.º DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3190297771		05/10/2019	252,00	08/10/2019	311,00	33	1,00000	59,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

31,87%

Scanned by CamScanner

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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 Adriana M. Moura de A. Fernandes, inscrito (a) no CPF 945.234.744-104, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Licena Bernadino da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 091-552.494-50, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Licena Bernadino da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 091-552-494-50, 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	Rua - Rosemire Alves da Rocha	Número	03	Complemento	Casa
Bairro	Centro	Cidade	Stº Cruz do Cap.	Estado	PE
Email	_____ / _____	Telefone comercial(DDD)	9-91613907	Telefone celular (DDD)	9-97001998

Stº Cruz do Cap. PE de 06/ JANEIRO de 2020

Local e Data

Adriana M. Moura de A. Fernandes

Assinatura do Declarante

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO



Paciente: Caro Yannoli | Box/Leito/Enfermaria:
Clínica:

8229-8117
Operado B+Tonec
Toríospolo
Bunnes. TORÍOSPOL
CNE L.C. + TIK extera
Fiz exame de corpo
e nexo. Hoje
após avaliação
clínica e radiografia
(Vinte) 10

Dr. Henrique Costa Batista
Ortopedista / Traumatologista
CRM: 15531

Ass. Carimbo Médico/CREMEPE

27/3/2020 | Data:

hei fez a
retroflexão do fáscia
extensor e extensor
coroa plena. Celo
5x0 mm

Dr. Henrique Costa Batista
Ortopedista / Traumatologista
CRM: 15531

COD. 0340



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **CICERO BERNARDINO DA SILVA**, CPF-091.552.494.50, RG-33.377.715 SDS/AL, que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID – 0446, REG- 25.184 no dia 05 de outubro de 2019, às 20:h e 04min, na PE – 160, Próximo ao posto Maria de Nazaré, com queixa de colisão de moto com carro, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO (USA)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de trauma, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE ,08 DE SETEMBRO 2019

Maria Lenice C. da Silva
Coordenadora SAMU
[Handwritten signature]

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE em 09/10/19

Cláudia B. Madruga Silva



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **CICERO BERNADINO DA SILVA** nascido em 17/05/1989 esteve nesta unidade hospitalar no dia 05/10/2019 por volta das **22h53min**.

Santa Cruz do Capibaribe, 10 de OUTUBRO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

José Ademir Pereira
José Ademir Pereira
Diretor
MAT. 514591
JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT. 069043

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 180 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81)99982-5984 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0275184 05/10/2019 22:53:38

Paciente: CICERO BERNARDINO DA SILVA

Sexo: M D. Nasc.: 17/05/1989

RG:

Profissão:

Filiação: Mãe: CAETANA MARIA BERNARDINO DA SILVA
Pai: CLAUDIONE BERNARDINO DA SILVA

Endereço: VILA AUGUSTA 12

Bairro:

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0280863

SUS:

Idade: 30 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: _____

P脉: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

Pela ferme com dor lombar e dor no lado esquerdo
V. lumbosacra com dor lombar e dor no lado esquerdo
Exame Físico: Dor lombar e dor no lado esquerdo com dor no lado esquerdo
TCT moderado

Diagnóstico Provisório:

Osteite RX de crural com edema e dor intensa.
G 30L 1000 ml EV
Cefalosporina 2g + 10% (EV)

Conduta:

21/15

~~20/15~~ ~~21/15~~

~~20/15~~ ~~21/15~~

~~20/15~~ ~~21/15~~

~~20/15~~ ~~21/15~~

~~20/15~~ ~~21/15~~

~~20/15~~ ~~21/15~~

~~20/15~~ ~~21/15~~

~~20/15~~ ~~21/15~~

~~20/15~~ ~~21/15~~

~~20/15~~ ~~21/15~~

~~20/15~~ ~~21/15~~

~~20/15~~ ~~21/15~~

~~20/15~~ ~~21/15~~

~~20/15~~ ~~21/15~~

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:



21-09
Santa
5736436
DR

CÓPIA AUTORIZADA

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); FR>32vpm(); Extremidades frias(); Pulso Fraco();
Pulso Ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando();
Irresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intestinal(); Lesão grave();
Queimaduras>25% de SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Potiraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC <50 ou >140(); PAS <90 ou >190mmhg();
PAD>130(); Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24horas();
Mucosas ressecadas();
Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas(); Abuso Sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
história até 72h de: Hematêmese(); Enterorragia(); Epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/material biológico();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas(); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos();
Lombalgia intensa(); Retorno com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, queações(); Dor abdominal
sem alterações de SSW(10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg
sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com piaces sem toxemia();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal();
Corisa crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h(); Curativos ou retirada
de pontos(); Vômitos ou diarréia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas();
Administração de medicamentos(); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes();
OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA() AMARELA() VERDE() AZUL()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 169 6052

Nome: CECILIO BEZERRA DIAZ

Foi atendido às 13:40 hs. do dia 29 / 11 / 19

Diagnóstico Próvel: _____

- TCG GUVE
- CONVULSO CORABAL POSSTONI
GORGON
- TREMOR CONSEGUINDO PELA
INERDENCIA GUVE

Tratamento Realizado: - PACIENTE SGRA DIA 29/11/19
DISFOLICO, HOMIPENICICO.

- FIM SGRA SGRA SGRA

Observação: - SGRA SGRA SGRA
POR TOMEI INFORMACAO

Cópia de: _____

Médico: _____ N° _____

Lula Mendes Santoro
NEUROLOGISTA
Ribeirão Preto - SP
Nº 04/2002

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento:

3696052

Nome:

Cícero Bernardino Silva

Foi atendido às

05:14 hs. do dia 06/10/13

Diagnóstico Próvel

~~Fratura exposta
ossos do joelho
esquerda.~~

Tratamento Realizado:

~~Fractura mista com:
com fixação externa
liniar.~~

Observação:

~~Pedágio ao Ambulatório
de Pernambuco em 02 dias
após alta hospitalar~~

Cópia de:

*Dr. Sávio
CRM 1783*

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho. Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 042/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

卷之三

NETS
WICH
COURT
PLATE
CROWN

卷之三

10

卷五

08082020

Digitized by srujanika@gmail.com

Environmental Stress Responses

卷之三

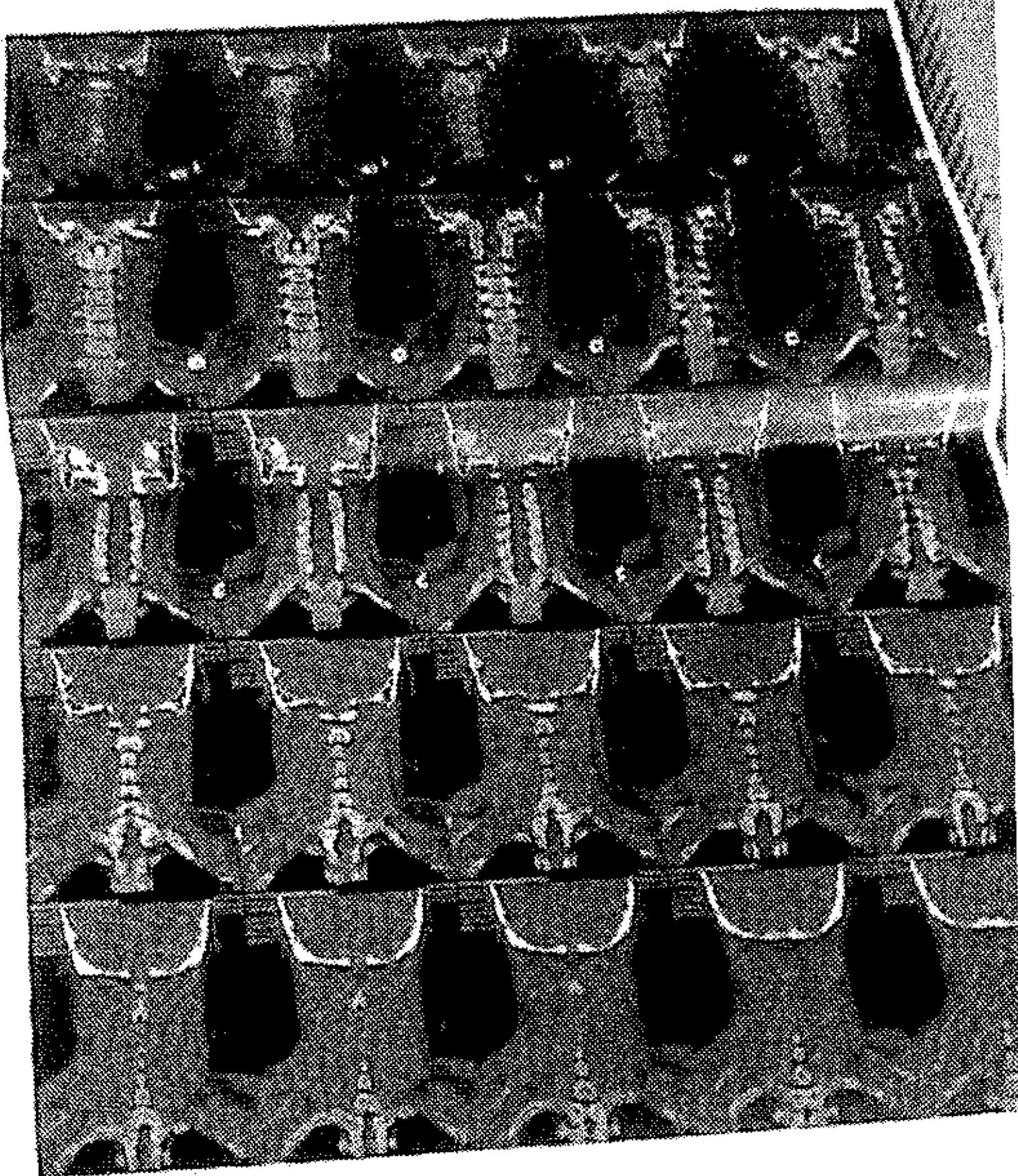
卷之三

60

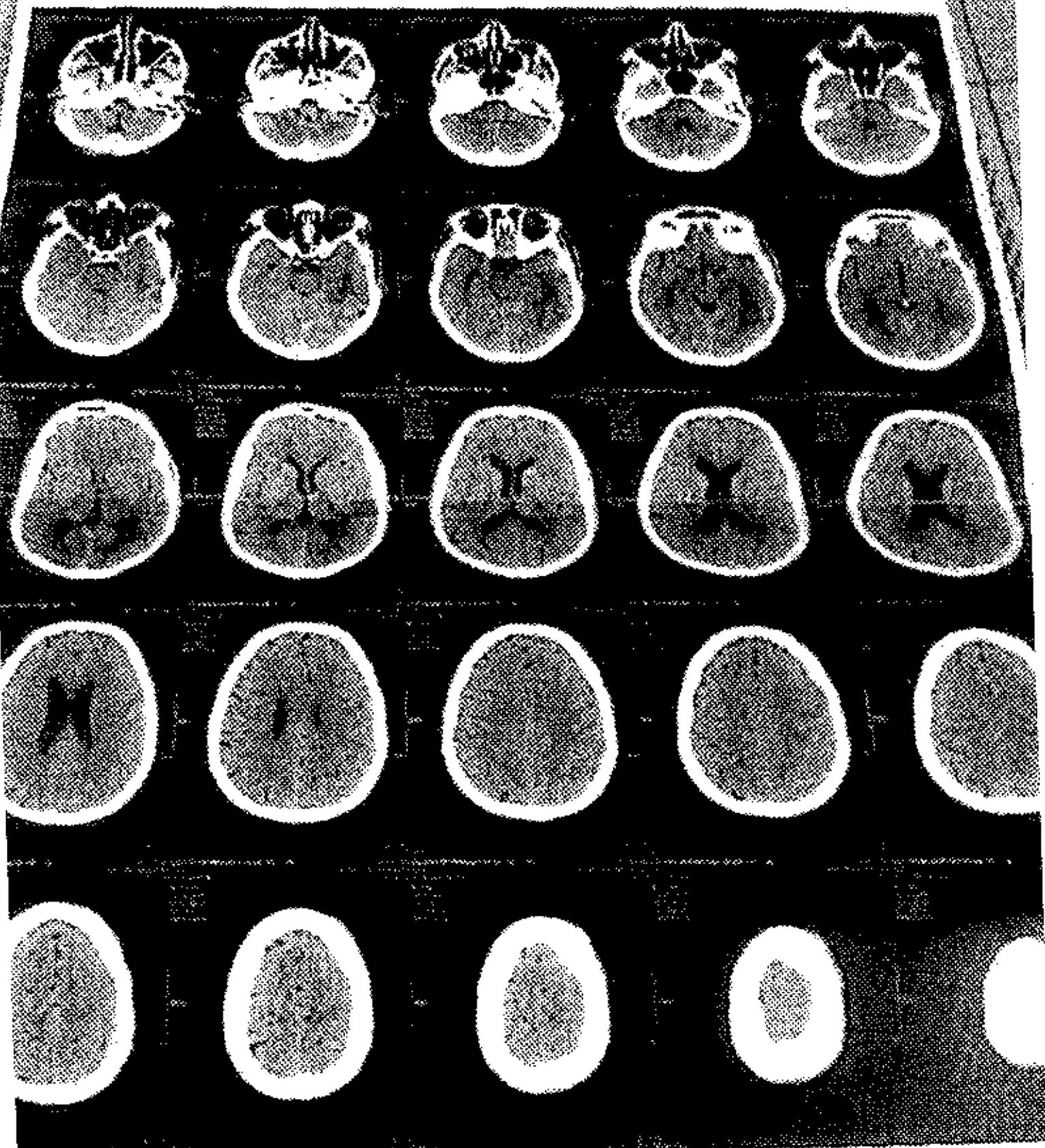
FAT-filmsegment 10



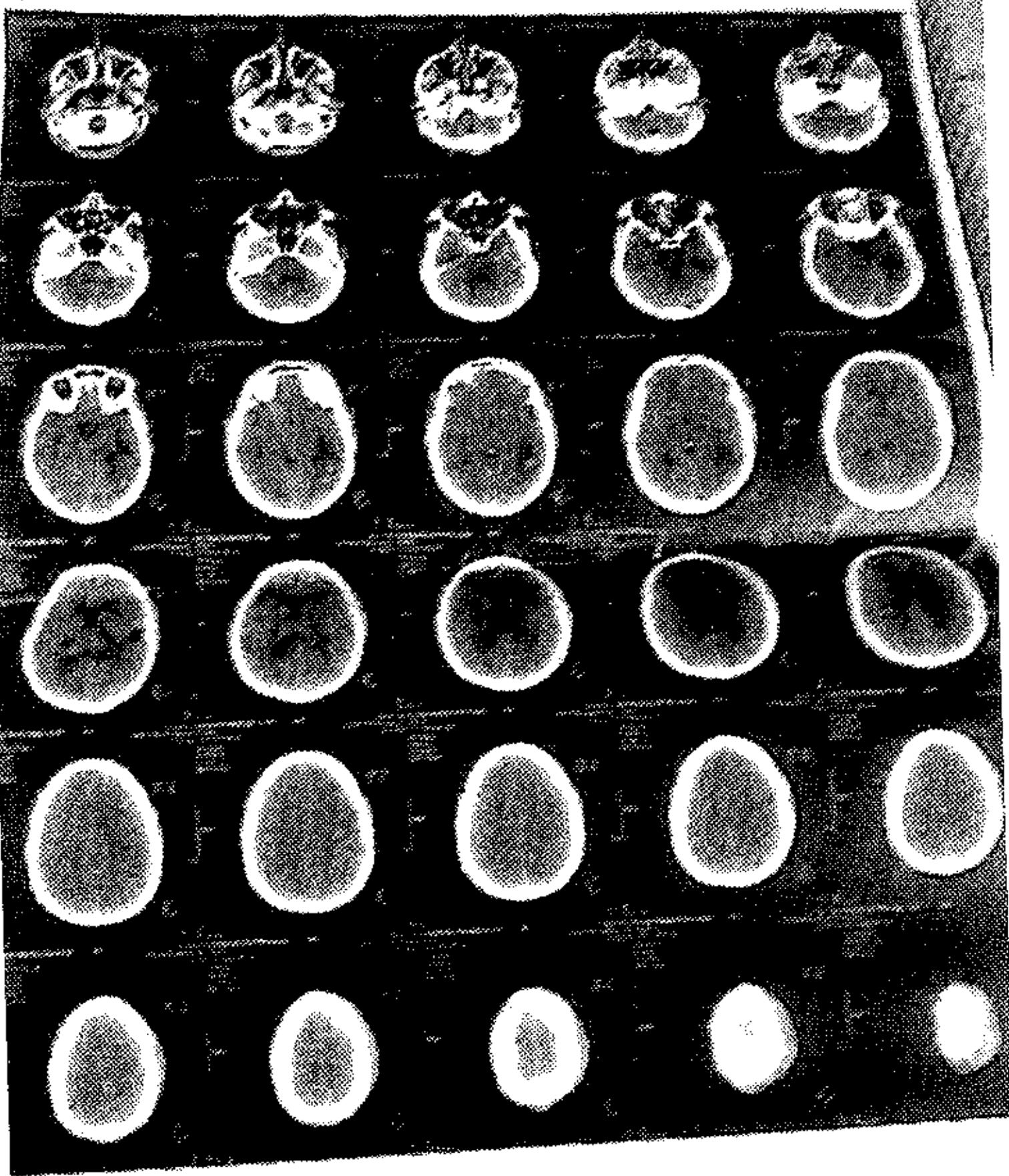
* HHR *



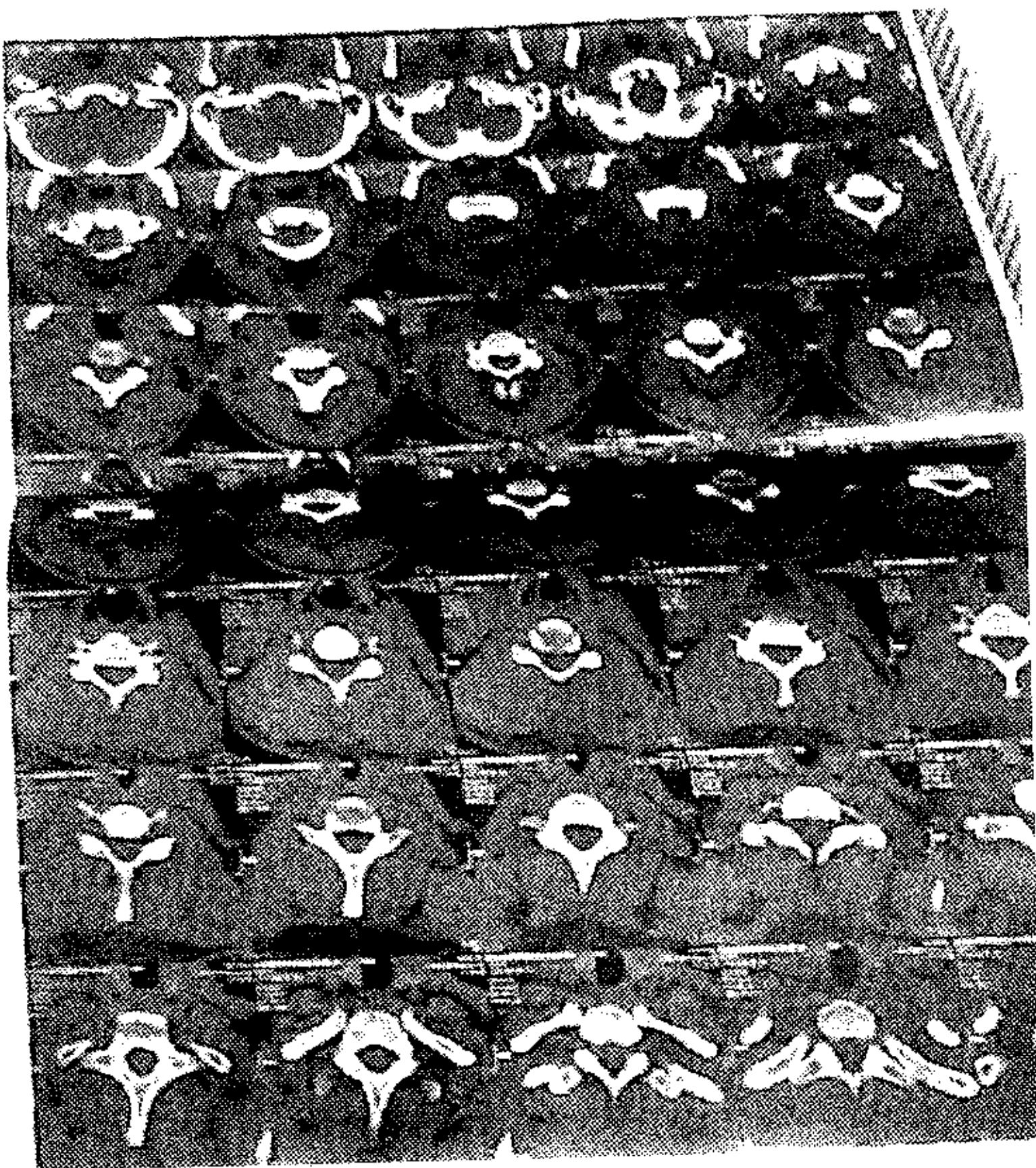
Av. Agamenon Magalhães, 5/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-000, Fone: (81) 3131-2448

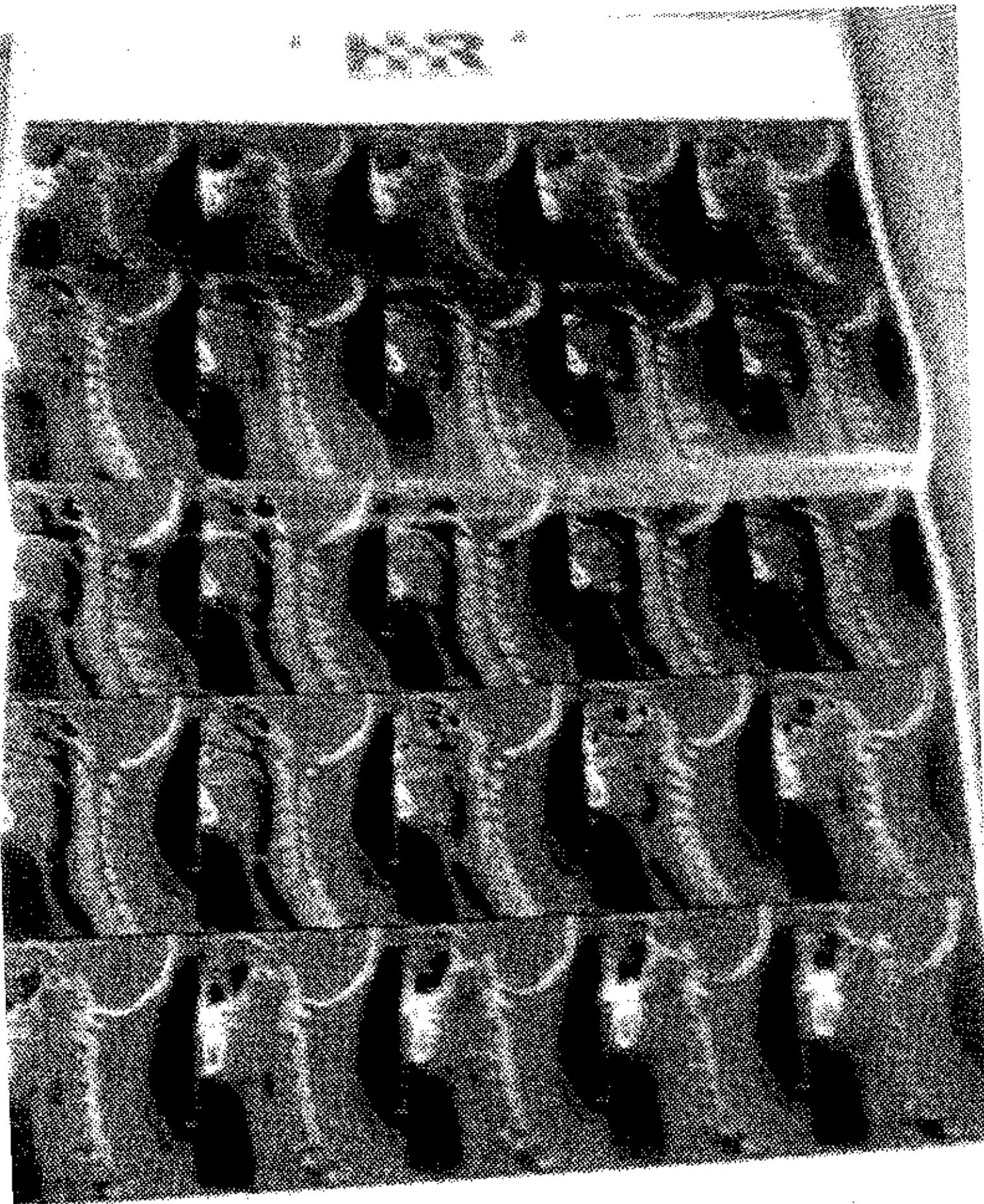


Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-030, Fone: (81) 3181-5406



Av. Agostinho Magalhães, 180 - Centro - Recife - PE, CEP: 50020-000, Fones: 3222-3222, 3222-3223









REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE

DETAN-PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM PINTRC EXERCÍCIO
2 1147179090 ***** 2019

NOME

IONARA NUNES DE BARROS

TAQ. DO NORTE-PE

CPF/CNPJ

120.046.034-02

PLACA

PDJ2084

PLACA ANT/UF

CHASSI

3C2KD0810HR460549

ESPECIE TIPO

PAS MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/NXR160 Bros ESDD

ANO FAB.

2017

ANO MOD.

2017

CAP/POT/CIL.

2P/162CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA UNICA

VENG. COTA UNICA

VENG/COTAS

IPVA

IPVA 2019 QUITADO

1º *****

FAIXA IPVA

A 1

2º *****

PARCELAMENTO/COTAS

3º *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

80,11

IOF (R\$)

0,32

PRÉMIO TOTAL (R\$)

84,56

DATA DE PAGAMENTO

25/06/19

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

Roberto Carlos Moreira Fontelles

LOCAL:

DATA:

TAQ. DO NORTE-PE

03/07/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: *32 0000 6191*

Data da solicitação: *12/03/2020*
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: *CICERO BERNARDINO DA SILVA*

CPF do beneficiário: *091.552.404-50*

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (*81*) 99700-1998 Tel. Comercial: (*000*)

Tel. Residencial: (*000*)

E-mail: *[Signature]*

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: *CARTA*

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/12/03/2020

Local e Data

Cicero Bernardino da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - (PE), 03 de MARÇO de 2020.

GENTE SEGURADORA

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DE PROCESSO

VÍTIMA: CICERO BERNARDINO DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3200/006191

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, que o PROCESSO DE INVALIDEZ referente ao SINISTRO n° 3200/006191 seja REANALISADO, pois ESTOU ENCAMINHANDO LAUDO MÉDICO ONDE INFORMA MINHAS SEQUELAS QUE TIVE ALEM DAS SEQUELAS NEOROLÓGICAS QUE TIVE, DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que o processo referente ao sinistro n° 3200/006191 seja REANALISADO PARA TAL FEITO ESTOU ENCAMINHADO A LAUDO MÉDICO, PARA QUE VOCÊS VEJAM A VERACIDADE DO QUE ESTOU FALANDO, E MARQUEM MINHA PERICIA PARA QUE EU VENHA A RECEBER O QUE MIM É DE DIREITO.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

Cicero Bernardino da Silva
CICERO BERNARDINO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094120/20

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

CPF: 091.552.494-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/10/2019

CICERO BERNADINO DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

CICERO BERNADINO DA SILVA : 091.552.494-50

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: 16/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1546 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **32 0011.8754**

Data da solicitação: **17/04/2020**

DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

Cícero Fernandino da Silva

CPF do beneficiário:

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: **(84) 99668-0454**

Tel. Comercial: () . .

Tel. Residencial: () . .

E-mail: **cicero.silva@bol.com.br**

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANALISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: **DOC Médico complementar + Carteira**
(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Cícero Fernandino da Silva

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo posto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o formulário, à seu pedido (a seu rogo).

SANTA CRUZ(PE), 17 DE ABRIL 2020.

A LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: CICERO BERNARDINO DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3200118754

Prezado Senhor(a),

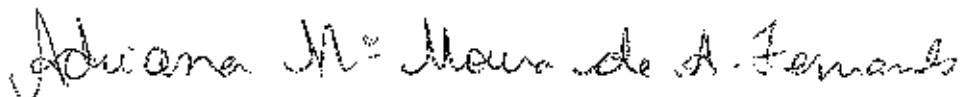
Solicito de V.S^a, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 05/10/2019, onde sofri TCE GRAVE, FRATURA EXPOSTA EM MINHA Perna ESQUERDA , fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS GRAVES e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que meu processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

P/



CICERO BERNARDINO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200118754 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA **Data do acidente:** 05/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE GRAVE COM CONTUSÃO CEREBRAL E FRATURA EXPOSTA DA Perna ESQUERDA

Descrição do exame AO EXAME: HEMIPARESIA A DIREITA, REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO,
físico: DISFASIA, DESORIENTAÇÃO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE GRAVE COM CONTUSÃO CEREBRAL E OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO DA FRATURA EXPOSTA DA Perna ESQUERDA
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM TORNOZELO ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM SNC

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/05/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E 10 % DO SNC, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.
FEITO CORREÇÃO DA LATERALIDADE DA SEQUELA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau intenso - 75 %	75%	R\$ 10.125,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
		Total	66,25 %	R\$ 8.943,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200118754 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA **Data do acidente:** 05/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO GRAVE COM CONTUSÃO PARIETAL ESQUERDA E FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE E FIXADOR EXTERNO NA Perna ESQUERDA
EVOLUIU COM HEMIPARESIA DIREITA E DISFASIA
P-1-2-5-6-7
EM TRATAMENTO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ANGULO DE ABERTURA DA BOCA E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
DÉFICIT NEUROLÓGICO RESIDUAL DO SNC

Documentos complementares:

Observações: &-X-& APONTAMOS PEDIDO DE REANÁLISE DE 12/03/2020. VÍTIMA JÁ INDENIZADA NO VALR DE R\$ 3.712,50, POR APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DÉFICIT NEUROLÓGICO RESIDUAL DO SNC

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			42,5 %	R\$ 5.737,50

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:

091.552.494-50 CICERO BERNADINO DA SILVA

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

CICERO BERNADINO DA SILVA

6 - CPF:

091.552.494-50

7 - Profissão:

COLETOR DE LIXO

8 - Endereço:

RUA JOSÉ APAGAO NETO

9 - Número:

22

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SAO JOSE

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55195-232

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDRR):

81 9 1613907

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

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:

AGÊNCIA: 0711

0

CONTA: 31537

AGÊNCIA:

CONTA:

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 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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (velhozinho)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

pais/avós vivos?

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 resarcir 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 rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

See
Local e Data:
12/11/19

SANTO CRUZ DO CAPIBARIBE
CICERO BERNADINO DA SILVA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Santa Cruz do Capibaribe

Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Brázio Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz da Capibaribe-PE - Fone: (81) 3721-9709

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) Cícero
Bernardo da Silva. Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe.
12/11/2019, 11:36. - Total 4.91. Em Testemunho.

da verdade
Juliana Honório de Souza - Escrivente
Selo(s) 0159467.MIP10201902.00407



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: CICERO BERNADINO DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: RG-333777-5 SDS/PE CPF: 091.552.494-50
DATA DO ACIDENTE: 05/10/2019
COBERTURA : INVALIDEZ
VÍTIMA: CICERO PBERNADINO DA SILVA
ENDEREÇO: RUA MANOEL MARQUES DA SILVA ,Nº03, CENTRO,SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUIO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 12 DE NOVEMBRO DE 2019.



Cicero Bernadino da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Sanezio Aragão, 124 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: (81) 3731-9789

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) CICERO
BERNARDINO DA SILVA. Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe
12/11/2018. 12:38. - Total: 4,91 Em Testemunho
da verdade.
Jaqueline Lima da Silva Souza - Escrivente

Selo(s): 0159467.CXA10201902 00446



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: CICERO BERNADINO DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: RG-333777-5 SDS/PE CPF: 091.552.494-50
DATA DO ACIDENTE: 05/10/2019
COBERTURA : INVALIDEZ
VÍTIMA: CICERO PBERNADINO DA SILVA
ENDEREÇO: RUA MANOEL MARQUES DA SILVA ,Nº03, CENTRO,SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUIO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 12 DE NOVEMBRO DE 2019.



Cicero Bernadino da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Sanezio Aragão, 124 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: (81) 3731-9789

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) CICERO
BERNARDINO DA SILVA. Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe
12/11/2018. 12:38. - Total: 4,91 Em Testemunho
da verdade.
Jaqueline Lima da Silva Souza - Escrivente

Selo(s): 0159467.CXA10201902 00446



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094120/20

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

CPF: 091.552.494-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/10/2019

CICERO BERNADINO DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

CICERO BERNADINO DA SILVA : 091.552.494-50

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: 16/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005606/20

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

CPF: 091.552.494-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/10/2019

CICERO BERNADINO DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

CICERO BERNADINO DA SILVA : 091.552.494-50

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: 06/01/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094120/20

Número do Sinistro: 3200118754

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

CPF: 091.552.494-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/10/2019

CICERO BERNADINO DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 20/04/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 20/04/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

DATAS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro da AS

0200118754

3 - CPF da vítima

081.552.494-50

4 - Nome completo da vítima:

CICERO BERNADINO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

CICERO BERNADINO DA SILVA

6 - CPF: 081.552.696-50

7 - Profissão:

COZINHEIRO

8 - Endereço:

RUA JOSE ARAGAO NETO

9 - Número:

20

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SAO JOSE

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP: 55195-232

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD): 81-31613902

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
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.500,00 ATÉ R\$5.800,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.800,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA CORRENTE (Todos os balancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

0711

CONTA:

31537

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0711

CONTA: 31537

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/ressarcimento 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 AUSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, em suas penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 9.194/74), limito-me que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou de 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 preenchimento do anexo do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica do Seguro Lider. Lider fará a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da colisão de trânsito causada por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 9.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

Solteiro Casado/União Civil Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data da morte:

Data da morte:

25 - Grau de Parentesco total à vítima:

26 - Vítima deixou cunhados(a)s:

Sim Não

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

28 - Vítima:

Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou pais/mais parentes?

Sim Não

31 - Vítima:

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/mais vivos?

Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, se o devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando vinte, ainda, de que qualquer omisão 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 rogo)

38 - 18 | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 19 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

See, 12/11/19, SANTA CRUZ DO CAP. BARBOSA
X CICERO BERNADINO DA SILVA

40 - Assinatura da vítima/beneficiário (decedente)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 V002/2019

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: 08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO BERNADINO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00711-0

CONTA: 00000031537-0

Nr. da Autenticação D5CDFDF311CF2132

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: 8.943,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO BERNADINO DA SILVA

BANCO: 655

AGÊNCIA: 00655

CONTA: 000006426350-9

Nr. da Autenticação 08BA7C1274E017AA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200006191

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO BERNADINO 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. 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, 11 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200006191

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CICERO BERNADINO 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 21 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200006191**

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), CICERO BERNADINO DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 30 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118754

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CICERO BERNADINO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118754

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CICERO BERNADINO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200118754 **Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA**

Data do Acidente: 05/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO BERNADINO 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\$ 3.712,50

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor: 17,50% x 12.500,00

Recebedor: CICERO BERNADINO DA SILVA

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 001

Agência: 000000711-0

Conta: 0000031537-0

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.

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 29 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118754

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CICERO BERNADINO 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 01 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118754

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CICERO BERNADINO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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: 3200118754 **Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA**

Data do Acidente: 05/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO BERNADINO 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\$ 8.943,75

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 100%) 75,00%
Valor a indenizar: 75,00% x 13.500,00 = R\$ 10.125,00

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

Graduação: Complemento por reanálise 5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 25%) 1.25%

Valor a indenizar: 1,25% x 13.500,00 = R\$ 168,75

Recebedor: CICERO BERNADINO DA SILVA

Valor: R\$ 8.943,75

Banco: 655

Agência: 000000655

Conta: 000006426350-9

Tipo: **CONTA CORRENTE**

limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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.

Atenciosamente,

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 GAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE2 - N° do sinistro ou ASL:
32 001187543 - CPF da vítima:
091.552.494-504 - Nome completo da vítima:
CICERO BERNARDINO 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:
CICERO BERNARDINO DA SILVA6 - CPF:
091.552.494-507 - Profissão:
COSTUREIRO8 - Endereço:
RUA JOSÉ ARAGÃO NETO9 - Número:
**10 - Complemento:
CASA**11 - Bairro:
SÃO JOSÉ12 - Cidade:
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE13 - Estado:
PE14 - CEP:
55.195-232

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):
1819 9161-3907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:

 REUSCÔ 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 (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (343) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

AGÊNCIA: **0655**CONTA: **6426 350 9**

(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 realize perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Sobrará o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada em a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presente, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente (a 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

28 - Estado
cível da vítima:
 Solteiro Casado (não CVM) Divorciado Separado judicialmente Viúvo24 - Data do
óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou compêndio(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima
teve filhos?
 Sim Não29 - Se tinha filhos, informar
vivos:
Falecidos:30 - Vítima deixou
nascituro (velhozinho)?
 Sim Não31 - Vítima
teve irmãos?
 Sim Não32 - Se tinha irmãos, informar
vivos:
Falecidos:33 - Vítima deixou
pais/avôs vivos?
 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte de aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade 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 pedida (a rogo)

38 - 1º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 28 DE MAIO DE 2020

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EPS.001.V002/2019

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:

091.552.494-50 CICERO BERNADINO DA SILVA

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

CICERO BERNADINO DA SILVA

6 - CPF:

091.552.494-50

7 - Profissão:

COLETOR DE LIXO

8 - Endereço:

RUA JOSÉ APAGAO NETO

9 - Número:

22

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SAO JOSE

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55195-232

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDRR):

81 9 1613907

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

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:

AGÊNCIA: 0711

0

CONTA: 31537

AGÊNCIA:

CONTA:

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 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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Não

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasiduto (velho/a)?

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 resarcir 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 rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

See 12/11/19 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
X CICERO BERNADINO DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Santa Cruz do Capibaribe

Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Brázio Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz da Capibaribe-PE - Fone: (81) 3721-9709

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) Cícero
Bernardo da Silva. Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe.
12/11/2019, 11:36. - Total 4.91. Em Testemunho.

da verdade
Juliana Honório de Souza - Escrivente
Selo(s) 0159467.MIP10201902.00407



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:

091.552.494-50 CICERO BERNADINO DA SILVA

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

CICERO BERNADINO DA SILVA

6 - CPF:

091.552.494-50

7 - Profissão:

COLETOR DE LIXO

8 - Endereço:

RUA JOSÉ APAGAO NETO

9 - Número:

22

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SAO JOSE

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55195-232

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDRR):

81 9 1613907

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

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:

AGÊNCIA: 0711

0

CONTA: 31537

AGÊNCIA:

CONTA:

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 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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (velhozinho)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

pais/avós vivos?

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 resarcir 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 rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

See
Local e Data:
12/11/19

SANTO CRUZ DO CAPIBARIBE
CICERO BERNADINO DA SILVA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Santa Cruz do Capibaribe

Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Brázio Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz da Capibaribe-PE - Fone: (81) 3721-9709

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) Cícero
Bernardo da Silva. Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe.
12/11/2019, 11:36. - Total 4.91. Em Testemunho.

da verdade
Juliana Honório de Souza - Escrivente
Selo(s) 0159467.MIP10201902.00407





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0218003887

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/10/2019** às
11:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **5/10/2019** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: PE 160 - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE, 61 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA / PRÓXIMO À PALESTINA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR 1 AGENTE)
IONARA NUNES DE BARROS (AUTOR 1 AGENTE)
CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA (NOTICIANTE)
CICERO BERNADINO DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): IONARA NUNES DE BARROS

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

**CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino** M^s: **CAETANA BERNARDINO DA SILVA** P^a: **CAETANA MARIA BERNARDINO
DA SILVA** Data de Nascimento: **27/12/1998** Naturalidade: **JACUIPE / ALAGOAS /
BRASIL** Documentos: **10834881433 (CPF)** Profissão: **OPERADOR** Telefones Celulares:
- **81981182672**

Residencial: **RUA MARIO SEVERINO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO
/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 183 - CEP: 55999-000
- Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 61 - CEP: 55999-000 -
Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**CICERO BERNADINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 61 - CEP: 55999-000 -
Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **Não
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

- **IONARA NUNES DE BARROS** (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 01 - CEP: 5 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IONARA NUNES DE BARROS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XMR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: NÃO
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDJ2684** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE) Chassi: **9C2KD6810HR469549**

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017**

→ Descrição: **EM POSSE DE CICERO BERNARDINO DA SILVA NO MOMENTO DA OCORRÊNCIA, RENAVAM: 1147179999**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE COMPARCE A ESTA DATA PARA RELATAR QUE SEU IRMAO (CICERO BERNARDINO DA SILVA) SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NA REFERIDA DATA. AO SER INDAGADO ACERCA DA DINÂMICA DO ACIDENTE, O NOTICIANTE RELATOU QUE NÃO SABE COMO TUDO OCORREU E QUE AO CHEGAR AO LOCAL DO FATO A VITIMA JÁ HAVIA SIDO SOCORRIDA PELO SAMU. DIANTE DO EXPOSTO O FATO FOI REGISTRADO NESTA UNIDADE POLICIAL PARA PROVIDÊNCIAS LEGAIS.

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

Claudemir Bernadino da Silva

CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA
 (NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MARCIA NUNES DE MAGALHÃES FERREIRA** - Matrícula:
329124-4





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0218003887

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/10/2019** às
11:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **5/10/2019** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: PE 160 - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE, 61 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA / PRÓXIMO À PALESTINA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR 1 AGENTE)
IONARA NUNES DE BARROS (AUTOR 1 AGENTE)
CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA (NOTICIANTE)
CICERO BERNADINO DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): IONARA NUNES DE BARROS

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

**CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino** M^s: **CAETANA BERNARDINO DA SILVA** P^a: **CAETANA MARIA BERNARDINO
DA SILVA** Data de Nascimento: **27/12/1998** Naturalidade: **JACUIPE / ALAGOAS /
BRASIL** Documentos: **10834881433 (CPF)** Profissão: **OPERADOR** Telefones Celulares:
- **81981182672**

Residencial: **RUA MARIO SEVERINO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO
/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 183 - CEP: 55999-000
- Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 61 - CEP: 55999-000 -
Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**CICERO BERNADINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 61 - CEP: 55999-000 -
Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **Não
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

- **IONARA NUNES DE BARROS** (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 01 - CEP: 5 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IONARA NUNES DE BARROS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XMR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: NÃO
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDJ2684** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE) Chassi: **9C2KD6810HR469549**

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017**

→ Descrição: **EM POSSE DE CICERO BERNARDINO DA SILVA NO MOMENTO DA OCORRÊNCIA, RENAVAM: 1147179999**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE COMPARCE A ESTA DATA PARA RELATAR QUE SEU IRMAO (CICERO BERNARDINO DA SILVA) SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NA REFERIDA DATA. AO SER INDAGADO ACERCA DA DINÂMICA DO ACIDENTE, O NOTICIANTE RELATOU QUE NÃO SABE COMO TUDO OCORREU E QUE AO CHEGAR AO LOCAL DO FATO A VITIMA JÁ HAVIA SIDO SOCORRIDA PELO SAMU. DIANTE DO EXPOSTO O FATO FOI REGISTRADO NESTA UNIDADE POLICIAL PARA PROVIDÊNCIAS LEGAIS.

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

Claudemir Bernadino da Silva

CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MARCIA NUNES DE MAGALHÃES FERREIRA** - Matrícula:
329124-4



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:

091.552.494-50 CICERO BERNADINO DA SILVA

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

CICERO BERNADINO DA SILVA

6 - CPF:

091.552.494-50

7 - Profissão:

COLETOR DE LIXO

8 - Endereço:

RUA JOSÉ APAGAO NETO

9 - Número:

22

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SAO JOSE

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55195-232

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDRR):

81 9 1613907

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
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

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:

AGÊNCIA: 0711

0

CONTA: 31537

AGÊNCIA:

CONTA:

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 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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (velhozinho)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

pais/avós vivos?

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 resarcir 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 rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

See 12/11/19 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
X CICERO BERNADINO DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Santa Cruz do Capibaribe

Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Brázio Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz da Capibaribe-PE - Fone: (81) 3721-9709

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) Cícero
Bernardo da Silva. Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe.
12/11/2019, 11:36. - Total 4.91. Em Testemunho.

da verdade
Juliana Honório de Souza - Escrivente
Selo(s) 0159467.MIP10201902.00407



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:

091.552.494-50 CICERO BERNADINO DA SILVA

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

CICERO BERNADINO DA SILVA

6 - CPF:

091.552.494-50

7 - Profissão:

COLETOR DE LIXO

8 - Endereço:

RUA JOSÉ APAGAO NETO

9 - Número:

22

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SAO JOSE

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55195-232

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDRR):

81 9 1613907

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

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:

AGÊNCIA: 0711

0

CONTA: 31537

AGÊNCIA:

CONTA:

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 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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Não

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasiduto (velho/a)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Não

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

pais/avós vivos?

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 resarcir 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 rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

See 12/11/19
Local e Data:
X CICERO BERNADINO DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Santa Cruz do Capibaribe

Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Brázio Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz da Capibaribe-PE - Fone: (81) 3721-9709

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) Cícero
Bernardo da Silva. Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe.
12/11/2019, 11:36. - Total 4.91. Em Testemunho.

da verdade
Juliana Honório de Souza - Escrivente
Selo(s) 0159467.MIP10201902.00407

