



10/09/2020

Número: **0030440-44.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67778 061	10/09/2020 16:46	ANEXO 1	Outros (Documento)



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: 088.982.824-51 4 - Nome completo da vítima: Elvís Rodrigues Silva Cunha

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

5 - Nome completo: Elvís Rodrigues Silva Cunha 6 - CPF: 088.982.824-51
7 - Profissão: R. Jorginho Giuso 8 - Endereço: Retiro 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Retiro 12 - Cidade: Bezervos 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9.9258-3089

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: ☒ RECUO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2892 CONTA: 90412 3 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, mediante a apresentação de laudo médico apresentado sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autografado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bezervos 27/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0181000227**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/02/2020** às **12:28**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **27/10/2019** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 01, RODOCIA PE 097 -**
Bairro: **ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência:
SITIO PORTÕES
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR \ AGENTE)
ANA CLAUDIA SOARES DA SILVA (OUTRO)
ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ANA CLAUDIA SOARES DA SILVA

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

ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE FÁTIMA FERRERIA DA SILVA Pai: JOSE RODRIGUES DA CUNHA Data de Nascimento: 28/3/1998 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9375036/SDS/PE (RG) 08898282451 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: RUA ANGELO GRISI, 10 - CEP: 0 - Bairro: RETIRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

ANA CLAUDIA SOARES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DA GLORIA SOARES SILVA Pai: JOÃO GERMANO DA SILVA Data de Nascimento: 6/4/1981 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: RUA ANGELO GRISI, 10 - CEP: 0 - Bairro: RETIRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

SEM AUTORIA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANA CLAUDIA SOARES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANA CLAUDIA SOARES DA SILVA**



07/02/2020 13:29



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJD8814** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **153374810** Chassi: **9C2JC42209R111934**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

O SENHOR ELVIS RODRIGUES ESTAVA NA CONDIÇÃO E GARUPA NA MOTOCICLETA CONDUZIDA PELA SENHORA ANA CLAUDIA, QUE OS DOIS TRAFEGAVAM PELA RODOVIA PE 097 SENTIDO SÍTIO PORTÕES, ZONA RURAL DESTA URBE, QUANDO AO SAIR DA RODOVIA AS MERGENS DA MESMA A CONDUTORA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA AO DERRAPAR O PNEU DIANTEIRO NA AREIA, OCASIÃO QUE AMBOS CAIRAM AO CHÃO, QUE A CONDUTORA ANA CLAUDIA NADA SOBRE O SENHOR ELVIS RODRIGUES TEVE UMA LESÃO NO BRAÇO, O QUE O FEZ PROCURAR ATENDIMENTOS MEDICOS NA UPA ESTADUAL CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DE Nº 01293623 E PRONTUÁRIO DE Nº 00214393, SENDO DIAGNOSTICADO UMA FRATURA DE CLAVICULA DIREITA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

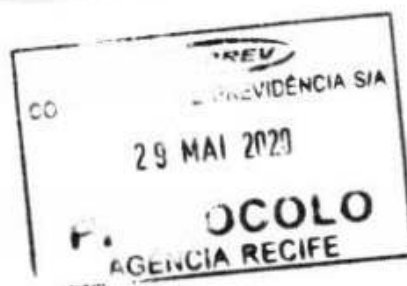
Elvis Rodrigues Silva Cunha

ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA
(VITIMA)

ANA CLAUDIA SOARES DA SILVA
(OUTRO)

Ana Claudia Soares da Silva

B.O. registrado por: **CLOVES VITORINO DA SILVA** - Matrícula: **3811646**



07/02/2020 13:29



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:	26/06/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01643-8

CONTA: 000000021571-6

Nr. da Autenticação 2046D131089E6921





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATIVIDADE: RUA DR JOSE MARIANO - N.º 1000 - CENTRO BEZ
ERREDO - PE 55660-000

DADOS DO CLIENTE

MARIA IM LAFINA FERREIRA DA SILVA MATRÍCULA: 104615222 Set/2019

R AVALIO GREGI, N.º 00010 - RETIRO BEZERRAS - PE 55660-000

INSCRIÇÃO: 029.145.440 0124 000 GRUPO-1 DEB. AUTOMÁTICO: 104615222

SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1	COMERCIAL INDUSTRIAL	

HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
AL 111-2019	22/03/2019	23/09/2019	MEDIA HD

AGUA:
LEIT ANT: 444 CONSUMO: 6
LEIT ATU: TAXA MINIMA
LEIT FAT: 454

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

	PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		FAIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
08/2019	06			
07/2019	06			
06/2019	05			
05/2019	05			
04/2019	05			
03/2019	06			
MEDIA:	06			

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

08% COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(25% PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(30% PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

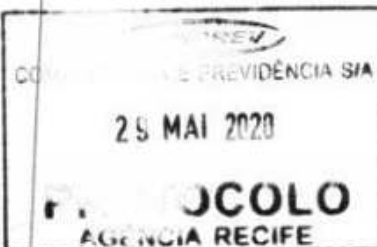
AGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL - 1 UNIDADE(S) CONTADOR DE AGUA	6 M3	44,08

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 15/10/2019

TOTAL A PAGAR: 44,08

MENSAGEM:





Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA**

Atendimento: 01293623

Nome Social:

Data Nascimento: 28/03/1998

Idade: 21 Anos, 6 Meses e 29 Dias

Prontuário: 00214393

Sexo: Masculino

Senha N.º: **0114**

Data e Hora: 27/10/2019 18:16h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: REFERE DOR EM OMBRO D APOS QUEDA DE MOTO HOJE. NEGA DESMAIO
EVOMITO

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIAS

NEGA DM E HAS

DOC: RG

AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A Sistólica: PAS: 115 MMHG

P.A Diastólica: PAD: 74 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

QPD / HDA:

DOR EM OMBRO DIREITO APÓS TRAUMA HÁ HORAS.

Exame Físico:

DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM OMBRO DIREITO. ABAULAMENTO PALPÁVEL EM TOPOGRAFIA
DE CLAVÍCULA DIREITA. NEUROVASCULAR PRESERVADO

Exames complementares:

RADIOGRAFIAS COM SINAIS DE FRATURA EM CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO POSSIVELMENTE
MENOR QUE 2 CM E CONTATO ENTRE CORTICAIS ÓSSEAS

HD:

FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

Conduta:

EXPLICO AO PACIENTE QUE SERA TENTADO INICIALMENTE TRATAMENTO CONSERVADOR COM
IMOBILIZAÇÃO, ANALGESIA, REPOUSO. MAS QUE EXISTE POSSIBILIDADE DE EVOLUÇÃO PARA
INDICAÇÃO CIRURGICA. PACIENTE CIENTE. TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO,
ORIENTAÇÕES, ANALGESIA. AO AMBULATORIO. ATESTADO DE 15 DIAS

Evolução:

Ass. do Médico

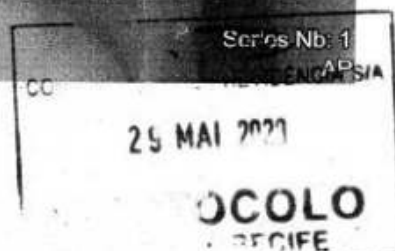
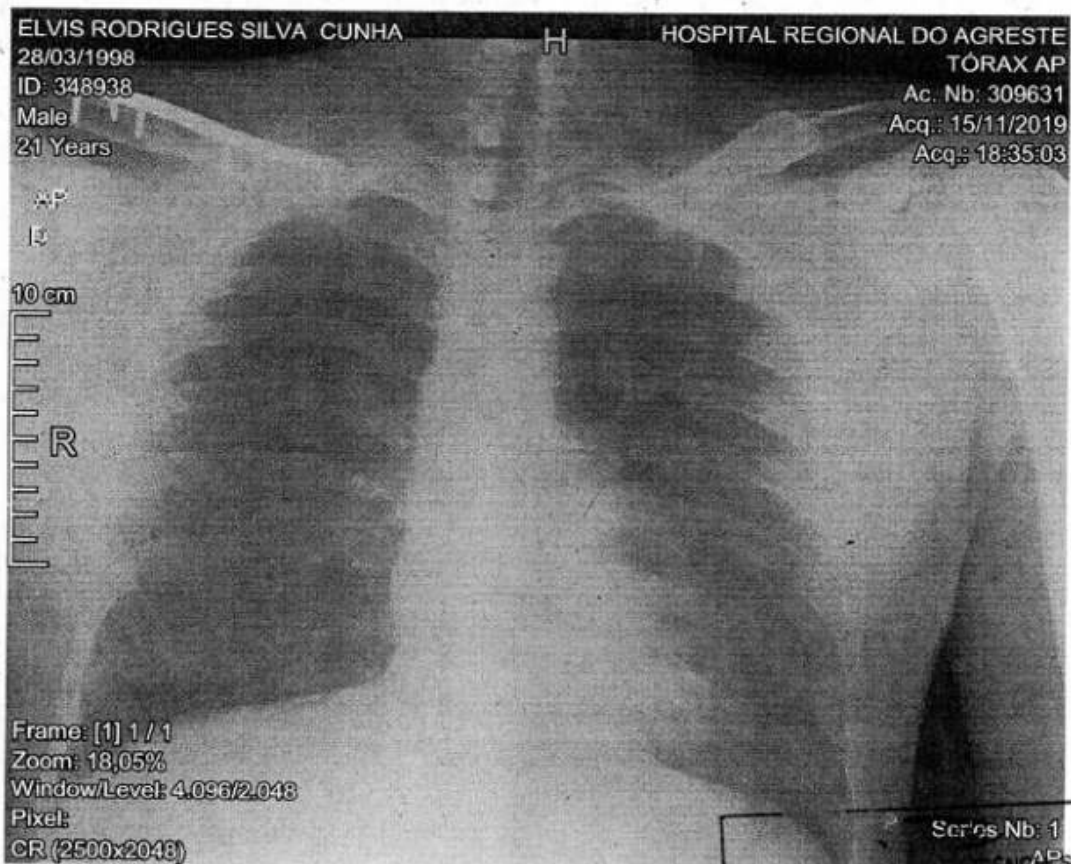
Av. José Marques Fontes, S/N

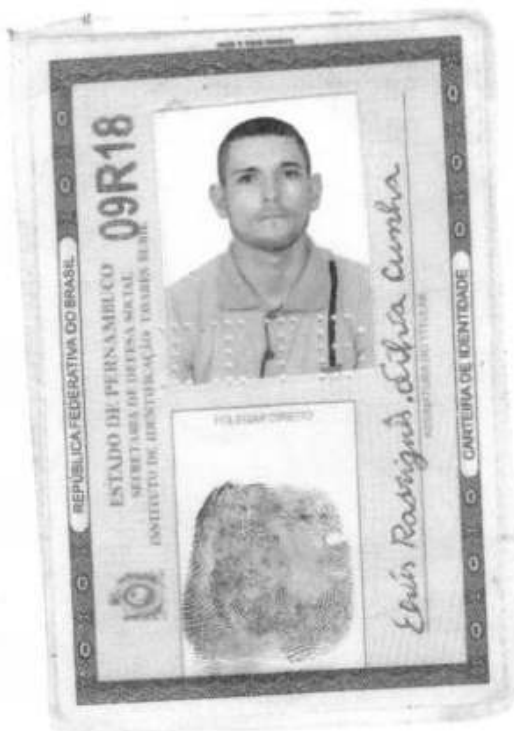
Rua da Esperança, Cidade: Camarade CEP: 55025-510



COMISSÃO DE INEVIDÊNCIA S/A
29 MAI 2020
COLO
COFE







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200195372 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO (PAG.01.02.03)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.(PAG.02.03)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0151819/20
Vítima: ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA
CPF: 088.982.824-51
CPF de: Próprio
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
Data do acidente: 27/10/2019
Titular do CPF: ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA : 088.982.824-51

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: 29/05/2020
Nome: ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA
CPF: 088.982.824-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA





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: 088.982.824-51 3 - CPF da vítima: 088.982.824-51 4 - Nome completo da vítima: Elvís Rodrigues Silva Cunha

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

5 - Nome completo: Elvís Rodrigues Silva Cunha 6 - Nº do sinistro ou ASL: 088.982.824-51
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: R. Angulo Grisi 9 - Número: 20 10 - Complemento:
11 - Bairro: Retiro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 0643 8 CONTA: 23.571 6 (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civ) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bezerros 19/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1.001 V002/2019





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 Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200195372

Vítima: ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

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,

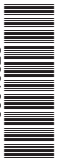
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15819168

Pag. 01255/01256 - carta_01 - INVALIDEZ

00010628





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, 13 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200195372

Vítima: ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

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 COMPREV 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

Pag. 00335/00336 - carta_25 - INVALIDEZ

00010168





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 Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200195372

Vítima: ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **ELVIS RODRIGUES SILVA CUNHA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001643-8**

Conta: **0000021571-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

