



Número: **0059111-77.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
GILIARD LOPES DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
70356 552	30/10/2020 14:24	<u>ANEXO 1</u>
		Tipo
		Outros (Documento)



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, 14 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247918

Vítima: GILIARD LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 11/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILIARD LOPES 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, contados 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 1593837

Pag. 00949/00950 - carta_01 - INVALIDEZ



00010475





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, 05 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200247918 **Vítima: GILIARD LOPES DA SILVA**

Data do Acidente: 11/04/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILIARD LOPES 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\$ 2.362,50

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 a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: GILIARD LOPES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002934

Conta: 000000018131-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do RG ou ASU: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
437.180.268-05 GILIARD LOPES 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: **GILIARD LOPES DA SILVA** 6 - CEP: **437.180.268-05**
 7 - Profissão: **REC. INF.** 8 - Endereço: **SITIO SALVADOR** 9 - Número: **360 A** 10 - Complemento: **CASA**
 11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **VERTENTE DO RÉGIO** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55.760-000**
 15 - E-mail: **18119.9665-0454** 16 - Tel.(DDD): **(81) 9.9665-0454**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTÓR 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:

RISCO 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, TUTÓR)

CONTA POUPANÇA (selecionar para os bancos abaixo. Ativar/limpar opção)
 Bradesco (237) Itaú (941)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **2934** CONTA: **000.181.31** CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar o valor da indenização ou reembolso do Seguro DPVAT a quem eu direi de direito, reconhecendo-o devido, desse já e sempre aviso a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não imposse à Lider de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/77), uma vez que:
 • Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito à Lider a prorrogação do prazo de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, os custos da Seguradora Lider 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 curar-se e avaliar-se médica, caso o ocorra de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: Se sim: Casa de Repouso Diverso: Seja devidamente informado: Pode: Não é de vítima
 (da vítima)

25 - Grupo 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: Sim Não
 vive filhos? Não Vivos Falecidos: Falecidos Vivos: Falecidos: Vivos Falecidos: Vivos

Este cláusula de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT aos mesmos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando deante, ainda, de que a qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal, em infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo) CPF: _____
 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo) Assinatura da testemunha
 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo) 39 - 2º | Nome: _____
 40 - Local e Data: **VERTENTE DO RÉGIO, 28 DE MAIO DE 2020.** CPF: _____
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Assinatura da testemunha
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 126ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTE DO
LÉRIO - DP126ºCIRC DINTER1/16ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0216000053

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/05/2020 às
11:08

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 11/05/2020 às 11:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LÉRIO, 1, SÍTIO
SALVADOR - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LÉRIO/PERNAMBUCO
/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GILLIARD LOPES DA SILVA (02) (AUTOR/AGENTE)
IVANILDA GOMES ANDRADE DE LIMA (OUTRO)
GILLIARD LOPES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geragão da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): GILLIARD LOPES DA SILVA

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

IVANILDA GOMES ANDRADE DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

GILLIARD LOPES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mae: MARIA
LOPES DA SILVA Pai: RAMIRO LOPES DA SILVA Data de Nascimento: 3/3/1982 Naturalidade:
SURUÉM / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 2000081467/SSP/SP (RG) 43713026809
(CEP) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escalidade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: AUXILIAR
DE SERVIÇOS GERAIS Telefones Celulares:
- 81888840902

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LÉRIO, 1, SÍTIO SALVADOR - CEP: 5 -
Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LÉRIO/PERNAMBUCO/BRASIL, ASSEMBLÉIA DE DEUS

GILLIARD LOPES DA SILVA (02) (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

28/05/2020 11:36



MOTOCICLETA HONDA NXR 160 Bros (VEÍCULO) da propriedade do(a) Sr(a):
IVANILDA GOMES ANDRADE DE LIMA, que estava em posse do(a) Sr(a): **GILLIARD LOPES DA SILVA**

Category/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 Bros ESSO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **P007208** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: **106847288** Chassi: **2C2K00B16PR29347**
Combustível: **ALCO/GASOL**



Complemento / Observação

GILLIARD LOPES DA SILVA COMPARCEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA INFORMANDO QUE NO DIA 11/04/2020, POR VOLTA DAS 11:30, QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR 160 Bros ESSO, COR VERMELHA, PLACA P007208, NAS ESTRADAS DO SITIO SALVADOR, ZONA RURAL DE VERTENTE DO LÉRIO, QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, AO REALIZAR UMA CURVA, A MOTOCICLETA PASSOU PELO TRECHO DE AREIA NA ESTRADA, TENDO PERDIDO O CONTROLE DO VEÍCULO E CAÍDO, OCASIONANDO AS LESÕES DESCRITAS NA FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMIS CURUBIM. DIANTE DISTO, VEIO COMUNICAR O OCORRIDO PARA FINS DE REQUERER INDENIZAÇÃO DO SEGURO BIVAT.

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

Gilliard Lopes da Silva
GILLIARD LOPES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE CARLOS DE MOURA JUNIOR** - Matrícula: **3878276**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do RG ou ASU: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
437.180.268-05 GILIARD LOPES 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: **GILIARD LOPES DA SILVA** 6 - CEP: **437.180.268-05**
 7 - Profissão: **REC. INF.** 8 - Endereço: **SITIO SALVADOR** 9 - Número: **360 A** 10 - Complemento: **CASA**
 11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **VERTENTE DO RÉGIO** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55.760-000**
 15 - E-mail: **18119.9665-0454** 16 - Tel.(DDD): **(81) 9.9665-0454**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTÓR 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:

RISCO 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, TUTÓR)

CONTA POUPANÇA (selecionar para os bancos abaixo. Ativar/limpar opção)
 Bradesco (237) Itaú (941)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **2934** CONTA: **000.181.31** CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 (Informar o dígito se existir) Nome do BANCO: _____
 (Informar o dígito se existir) AGENCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar o valor da indenização ou reembolso do Seguro DPVAT na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo-o devido, desejando sempre aviso à efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não tenho o direito de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/77), uma vez que:
 • Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IMI 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 análogo do laudo do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, os custos da Seguradora Lider 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 curar-se e avaliar-se médica, caso o procedimento seja necessário.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: Se sim: Casa de Repouso Diverso: Seja devidamente informado: Pode ser: Local da morte: Local da vítima: _____

25 - Grupo 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: Sim Não filhos, informar: Sim Não 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não filhos, informar: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Sim Não irmãos: Sim Não 33 - Vítima deixou: Sim Não filhos/vivos: Sim Não

Este é clerto de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT aos mesmos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando deante, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal, em infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):
 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):
 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo):
 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):
 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **VERTENTE DO RÉGIO, 28 DE MAIO DE 2020.**

Gilberto Lopes da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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: 29/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILIARD LOPES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02934

CONTA: 000000018131-0

Nr. da Autenticação 84C6BF1AAF54E8DC



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:24:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014241792300000068986484>
Número do documento: 20103014241792300000068986484

Num. 70356552 - Pág. 7



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=T&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 fazenda 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**.

¹Supervisão de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

²Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, com por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, reaver, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 594.940.534-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILJARD LOPES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 437.180.268-05, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GILJARD LOPES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 437.180.268-05, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Selar: <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CPF <u>55750-000</u>
E-mail <u></u>		Telefone comercial (DDI) <u>(81) 9.9665-0454</u>	Telefone celular (DDI) <u>(81) 9.8133-5022</u>

SURUBIM, 28 de MAIO de 2020.

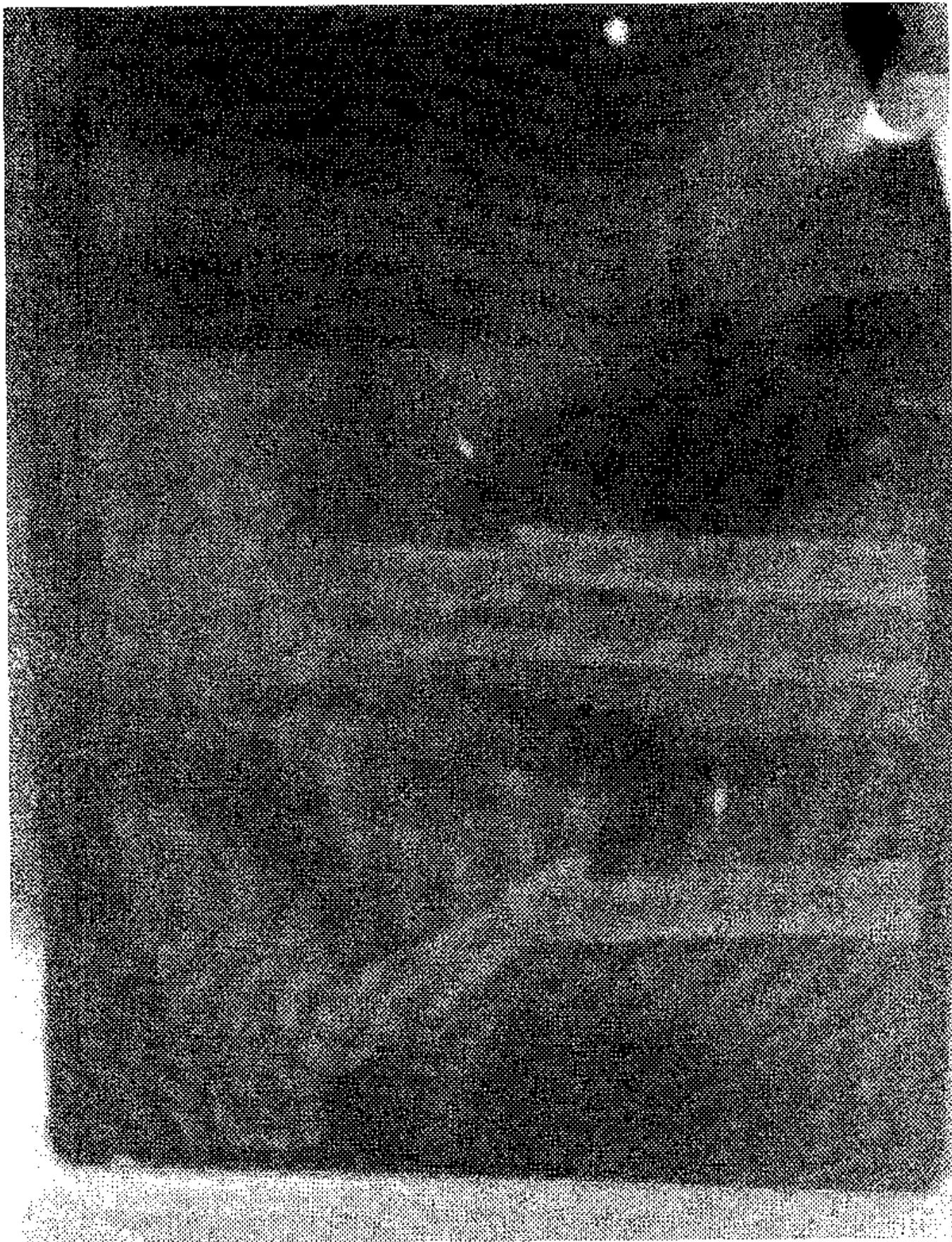
Local e Data

Eduardo Fernandes

Assinatura do Declarante

DLDR_001_V002/2017





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:24:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014241792300000068986484>
Número do documento: 20103014241792300000068986484

Num. 70356552 - Pág. 10



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:24:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014241792300000068986484>
Número do documento: 20103014241792300000068986484

Num. 70356552 - Pág. 11



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:24:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014241792300000068986484>
Número do documento: 20103014241792300000068986484

Num. 70356552 - Pág. 12

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 096. IRINAVAM - RN.A.R.C. EXERCÍCIO:

1 1058478050 2019

NOME:

EVANILDA GOMES ANDRADE DE ZIMA

ECM: JARDIM-PE

CPF / CNPJ:

961.416.624-04

PLACA:

PBD07903

PLACA ANT. (UF):

*****/PE EX-000001009202574

SPECIE TIPO:

PNE /MOTOCICLITA

COMBUSTÍVEL:

ALCO/GASOL.

MARCA / MODELO:

ANO FAB. / ANO MOD.:

CHP / PCT / CP:

22/13662

CATEGORIA:

PARTIC

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

COTA ÚNICA:

VENC. COTA ÚNICA:

VENC / COTAS:

1 07/12/2019 EXPIRADO

1* *****

2 01/01/2020

2* *****

3 01/01/2021

3* *****

PRÉMIO TANFÁRIO (R\$) - 108 (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$) - 0,32

DATA DE PAGAMENTO:

20.11

34,58

29/01/19

OBSERVAÇÕES:

SEM RESERVA.

LOCAL:

DATA:

BOA MAREchal Deodoro

02/02/19

Ronaldo Cezar Moreira Fontelles

Juliette Presidente DETRAN/PE

Digitalizado com CamScanner

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200247918 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILIARD LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 11/04/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA. ALTA.
PÁG.2,4,5,7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195403/20

Vítima: GILIARD LOPES DA SILVA

CPF: 437.180.268-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/04/2020

Titular do CPF: GILIARD LOPES DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

GILIARD LOPES DA SILVA : 437.180.268-05

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 13/07/2020

Data do cadastramento: 13/07/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE 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: 020-1596 / 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: 3200247918

Data da solicitação: 13/10/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Giliard Bepes da Silva

CPF do beneficiário: 437.480.268

Nome do solicitante:

CPF do solicitante: 05

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9.9665-0454

Tel. Comercial: (.....)
DDD

Tel. Residencial: (.....)
DDD

E-mail:
.....

INFORME A COBERTURA DO SEU PÉDIDO

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 PÉDIDO DE REANALISE?

NÃO

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

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outras: Doc. Imagem

(DESCRIVER)

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

Solicito que meu processo seja Reanalisado, pois sou frutuário em minha profissão e recentemente fui diagnosticado com um problema de saúde que me impede de exercer minha função. Sendo assim, preciso que tenha direito, peço que seja realizada uma perícia para que seja averiguado minha requeita.

Ventane do Rio, 13 de Agosto de 2020.

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 ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escrever seu nome de sua maneira alfabetizada, maior e maior, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

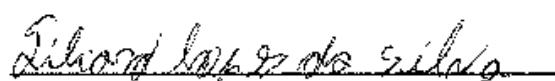
NOME: GILIARD LOPES DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: REC INFORMAR
RG: 59.696.146-7 SDS/PE e CPF: 437.180.268-05
DATA DO ACIDENTE: 11/04/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: GILIARD LOPES DA SILVA
ENDEREÇO: SITIO SALVADOR, Nº 360 A, ZONA RURAL - VERTENTES DO LÉRIO – CEP: 55760-000

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO OAB/PE nº 52105
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE,

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUÍO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIÓ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

VERTENTES DO LÉRIO, 22 DE ABRIL DE 2020



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195403/20

Número do Sinistro: 3200247918

Vítima: GILIARD LOPES DA SILVA

Data do acidente: 11/04/2020

CPF: 437.180.268-05

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILIARD LOPES DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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: 13/08/2020

Data do cadastramento: 13/08/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:24:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014241792300000068986484>
Número do documento: 20103014241792300000068986484

Num. 70356552 - Pág. 18