



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	Tipo
70356552	30/10/2020 14:24	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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 15938737

Pag. 00949/00950 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASU: 3 - CPF da vítima: 437.180.268-05 4 - Nome completo da vítima: GILIARD LOPES 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: GILIARD LOPES DA SILVA 6 - CPF: 437.180.268-05  
7 - Profissão: REC. INF. 8 - Endereço: SÍTIO SALVADOR 9 - Número: 360 A 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: VERTENTE DO AÉRIO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.760-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 9.9665-0454

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: ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.000,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☒ CONTA POUANÇA (forneça para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2934 CONTA: 00018431 AGÊNCIA: CONTA:  
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe 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 tenho direito, reconhecendo e dando, desde já, e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não há impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/77), uma vez que:  
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apreensão 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 sofrido 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 discordo do seu conteúdo.

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

23 - Situação civil (da vítima): ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Idade do filho 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 pais/avós vivos? ☐ 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 comprovem 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 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):  
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):  
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):  
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

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

40 - Local e Data, VERTENTE DO AÉRIO, 28 DE MAIO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SPS.001 V002/2019



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 126ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTE DO  
LÉRIO - DP126ªCIRC DINTER116ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20EO216000053**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado)**  
que aconteceu no dia 11/4/2020 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 geração 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**  
Mãe: **MARIA LOPES DA SILVA** Pai: **RAMIRO LOPES DA SILVA** Data de Nascimento: **2/2/1982** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **999981467/SSP/SP (RG), 43713026809 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS** Telefones Celulares: **- 81888840282**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LÉRIO, 1, SÍTIO SALVADOR - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LÉRIO/PERNAMBUCO/BRASIL, ASSEMBLEIA 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 11:06



**MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a):  
**IVANILDA GOMES ANDRADE DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GILLIARD LOPES DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDD7302** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **122247222** Chassi:  
**SC2K00816FR20207**  
Combustível: **ALCOOL/ASOL**



### Complemento / Observação

**GILLIARD LOPES DA SILVA** compareceu a esta delegacia de polícia informando que no dia 11/04/2020, por volta das 11:30, quando conduzia a **MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS ESDD**, cor **VERMELHA**, placa **PDD7302**, nas estradas do SÍTIO SALVADOR, ZONA RURAL DE VERTENTE DO LERIO, 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 URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO LUIZ - APAM SURUBIM. DIANTE DISTO, VEIO COMUNICAR O OCORRIDO PARA FINS DE REQUERER INDENIZAÇÃO DO SEGURO DVVAT.

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

*Gilliard Lopes da Silva*  
**GILLIARD LOPES DA SILVA**  
(VITIMA)

S.O. registrado por: **JOSE CARLOS DE NOURA JUNIOR** - Matrícula: **3875276**





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

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: ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.000,00 A R\$2.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (forneça para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2934 CONTA: 00018431 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 tenho direito, reconhecendo e dando, desde já, e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não há impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/77), 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 apreensão 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 sofrido 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 discordo do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil (da vítima): ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Idade 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 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 comprovarem 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 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):  
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):  
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):  
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

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

40 - Local e Data, VERTENTE DO AÉRIO, 28 DE MAIO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SPS.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:	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







Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.488, de 2004  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. Juracy de Almeida, 111 - Rua Vitor Meireles - CEP 51040-022  
Recife - PE, 51040-022 | Fone: 51 30238135 | www.cepe.com.br

PROCON - PROPOSTA DE PREÇOS DE SERVIÇOS DE ENERGIA ELÉTRICA

RAZÃO SOCIAL: DCA S.A.

CPF: 06.913.298/0001-00

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 15.040.844-78

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 244044204-9

DATA: 18/06/2019

VALOR: 27,52

	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Consumo médio mensal	30,000000	0,111000	3,33
Consumo médio mensal superior a 30 kWh	33,000000	0,349000	11,52
Consumo médio mensal inferior a 30 kWh			2,19

PROCON	TIPO DE SERVIÇO	DATA	VALOR
PROCON	PROCON	18/06/2019	27,52

PROCON	TIPO DE SERVIÇO	DATA	VALOR
PROCON	PROCON	18/06/2019	27,52

PROCON	TIPO DE SERVIÇO	DATA	VALOR
PROCON	PROCON	18/06/2019	27,52

PROCON	TIPO DE SERVIÇO	DATA	VALOR
PROCON	PROCON	18/06/2019	27,52



**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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>**

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, reter, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.612/98.

Peço exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILIARD LOPES DA SILVA inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 437.180.268 / 05 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
GILIARD 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

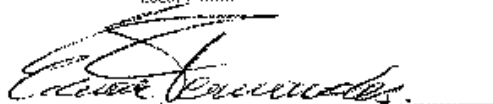
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CPF <u>55750040</u>
Fone _____		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9.9665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.8133-5022</u>

SURUBIM 28 de MAIO de 2020.

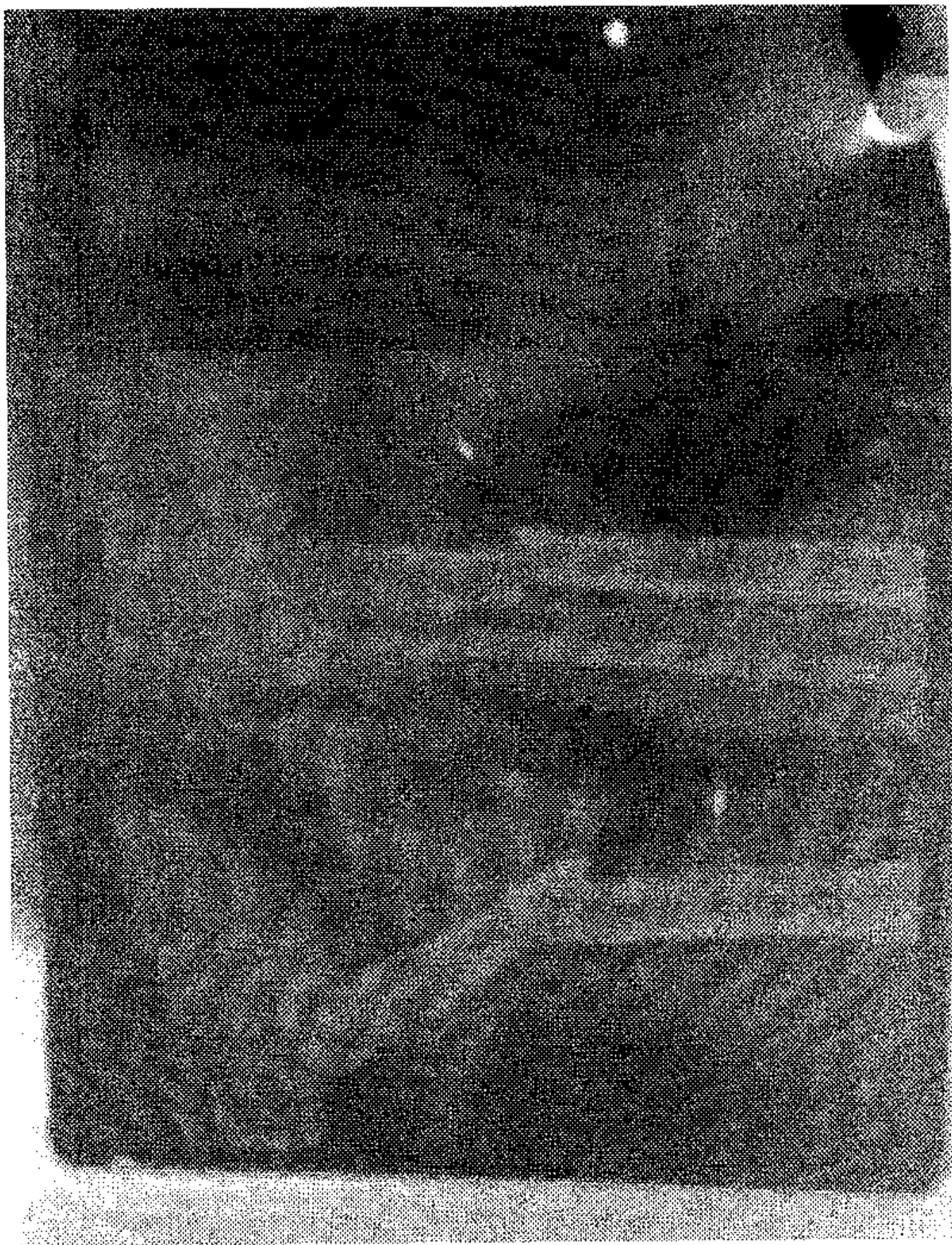
Local e Data



Assinatura do Declarante

D-LR\_001 V002/2017











REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014488082188

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	DATA RENAVAM	RENTRC	EXERCÍCIO
1	1058478050	*****	2019

NOME
IVANILDA GOMES ANDRADE DE LIMA
BOM JARDIM-PE

CPF / CNPJ	PLACA
961.416.624-04	PDD7903

PLACA ANT / UF	CHASSI
***** / PE	9C2H00B10PR202574

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS / MOTOCICLETA	ALCO / GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
	2015	2015

CNP / POT / CI	CATEGORIA	COR. PREDOMINANTE
22 / 1500	PARTIC	VERMELHA

COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1º	*****
V	PRETA / PVA	2º	*****
A	1	3º	*****
PARCELAMENTO / COTAS			
*****			

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOS (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
20.11	0.32	20.43	29/01/19

OBSERVAÇÕES
SIM RESERVA

LOCAL	DATA
BOM JARDIM	02/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

Director 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

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 11/04/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GILIARD LOPES DA SILVA

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/07/2020  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/07/2020  
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](http://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: 3200247918 Data da solicitação: 16/08/2020  
Nome do beneficiário: Giliard Lopes da Silva CPF do beneficiário: 437.180.268-05  
Nome do solicitante: \_\_\_\_\_ CPF do solicitante: \_\_\_\_\_

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ( 81 ) 9.965-0454 Tel. Comercial: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Residencial: ( ) \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

### 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 REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: Doc. Imagem (DESCREVER)

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

Solicito que meu processo seja Reanalisado, por ser permanente em minha perna esquerda. me fizeram esse diagnóstico em um hospital de referência em minha cidade que tenho direito peço que seja solicitado uma perícia para que seja averiguada minha sequela.

Ventania do Lério, 13 de Agosto de 2020.

X Giliard Lopes da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

### 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 rgo).



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

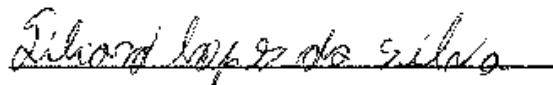
NOME: GILIARD LOPES DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: REC INFORMAR
RG: 59.696.146-7 SDS/PE e CPF: 437.180.268-05
DATA DO ACIDENTE: 11/04/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA :GILIARD LOPES DA SILVA
ENDEREÇO: SÍTIO SALVADOR, Nº 360 A , ZONA RURAL -VERTENTES DO LÉRIO – CEP:55760-000

### 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 CONSTITUO 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**. 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/08/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

