



Número: **0059468-57.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCOS AMARO DA SILVA (AUTOR)		BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO) LORENA SAMPAIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70724 892	09/11/2020 14:58	ANEXO 1	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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679768

Vítima: MARCOS AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 13/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS AMARO 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

Carta nº 15199036

Pag. 00065/00066 - carta_01 - INVALIDEZ





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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190679768 Vítima: MARCOS AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 13/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCOS AMARO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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. 00073/00074 - carta_03 - INVALIDEZ

00070037



Carta nº 15224223





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 Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679768

Vítima: MARCOS AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 13/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCOS AMARO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 13/11/2018, emitido pelo Dr. ILEGÍVEL CRM nº 0000 - PE, da Instituição HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01487/01488 - carta_31 - INVALIDEZ

00040744



Carta nº 15736142



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

038.086.194-14

Nome completo da vítima:

MARCOS AMARO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR CUSEP Nº 45/2017

Nome completo:

MARCOS AMARO DA SILVA

Profissão:

RECUSA

Endereço:

RUA: PE CICERO

CPF:

038.086.194-14

Número:

185

Complemento:

Bairro:

CENTRO

Cidade:

GOVATÁ

Estado:

PE

E-mail:

CEP:

55642-620

Tel. (DDD):

819 4228-5092

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1583

CONTA:

15968

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (a)?

☐ Sim

☐ Não

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 estiverem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento e a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

DECLARAÇÃO DE SINISTROS

DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
Craque - Recife (PE) CEP: 52013-040

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fidélidade do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

038.086.194-14

Nome completo da vítima:

MARCOS AMARO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR CUSEP Nº 45/2017

Nome completo:

MARCOS AMARO DA SILVA

Profissão:

RECUSA

Endereço:

RUA: PE CICERO

CPF:

038.086.194-14

Número:

185

Complemento:

Bairro:

CENTRO

Cidade:

GOIOATA

Estado:

PE

E-mail:

CEP:

55642-620

Tel. (DDD):

819 4228-5092

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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:

1583

CONTA:

15968

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gráu de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: falecidos: Vítima deixou nascituro (a) (ver nascido)? ☐ Sim ☐ Não 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 estiverem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento e a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

DECLARAÇÃO DE SINISTROS DPVAT

CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatória.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* Marcos Amaro da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

27 DEZ 2018

2º Nome:

CPF:

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
Goiânia - Goiás (GO) CEP: 74013-040

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fidélidade do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

0463892/18

495262



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATA
DINTER1/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0152005078Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/11/2018 às 14:38**Complementa o BO Número: **18E0152005070****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **13/11/2018 às 20:20**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, PRÓXIMO À VILA SANTA LUZIA** - Bairro:
CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARCOS JOSE DOS SANTOS (OUTRO)
MARCOS AMARO DA SILVA 081989029979 (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS AMARO DA SILVA 081989029979**



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

MARCOS JOSE DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO**
/ **PERNAMBUCO / BRASIL**

MARCOS AMARO DA SILVA 081989029979 (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA MARIA DA SILVA** Pai: **AMARO SEVERINO DA SILVA** Data de Nascimento: **12/11/1980** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTO PLACA OYU2182 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCOS JOSE DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS AMARO DA SILVA 081989029979**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYU2182 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Descrição: **CG 150 TITAN EX**

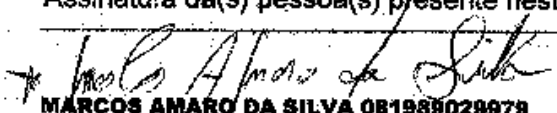
26/11/2018 15:32



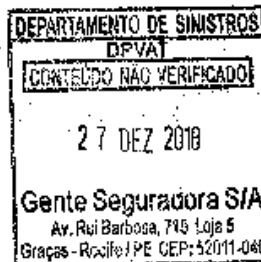
Complemento / Observação

A VÍTIMA ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA, INFORMANDO QUE AO PILOTAR A MOTO DAPRA PLACA OYU2182, PRÓXIMO À VILA SANTA LUZIA, UM AUTOMÓVEL PIAT "TRANCOU" A MOTO QUE PILOTAVA, PROVOCANDO O ACIDENTE, ONDE A VÍTIMA SOFREU QUEIMADURA DE TERCEIRO GRAU EMBAIXO DO PÉ DIREITO, ESCORIAÇÕES DO TÓRAX, DA COLUMA E ARRANHÕES NA PERNA DIREITA, CONFORME A FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO APRESENTADA NESTA DELEGACIA. "ESTE BOE COMPLEMENTA O BOE 18E0152005070, POIS A VÍTIMA TROUXE O CRLV DA MOTO ERRADA." A MOTO CORRETA É A PLACA OYU2182 E NÃO KHD9034."

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


MARCOS AMARO DA SILVA 081989029979
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: DEISE BARBOSA FIGUEIROA FARIA - Matrícula: 3875113



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

038.086.194-14

Nome completo da vítima:

MARCOS AMARO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR CUSEP Nº 455/2017

Nome completo:

MARCOS AMARO DA SILVA

Profissão:

RECUSA

Endereço:

RUA: PE CICERO

CPF:

038.086.194-14

Número:

185

Complemento:

Bairro:

CENTRO

Cidade:

GOVATÁ

Estado:

PE

E-mail:

CEP:

55642-620

Tel. (DDD):

819 4228-5092

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1583

013

CONTA:

15968

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (a)?

☐ Sim

☐ Não

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 estiverem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento e a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

DECLARAÇÃO DE SINISTROS DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatória.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
Craque - Recife (PE) CEP: 52013-040

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fidélidade do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 333128
PACIENTE: MARCOS AMARO DA SILVA

GENITORA: JOSEFA MARIA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 12/11/1980

ENDEREÇO: PADRE CICERO

BAIRRO: NS DAS GRACAS

PONTO DE REFERENCIA:

IDADE: 38

CIDADE: GRAVATA

ACOMPANHANTE: SOZINHO

DATA: 13/11/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 20:20

CNS: 709200211651431

TELEFONE:

SEXO: Masculino

Nº: 185

COR: Sem Informação

UF: PE

CEP:

HDA

Aumenta-se com febre e dor no
pe (bacia) direita se a dor de mto.
Aumento de urina e de peso

EXAME FÍSICO

(VAT ————— 1 p — m)

Travessal — 1 p + 1000 de SFG + 1 p

Josineide Gomes
Técnica Exp. em
COREN-PE: 2060

EXAMES SOLICITADOS

NO-2



HD

CID

1- Eft. Anom 2- Zumbido de 2º grau

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

[Assinatura]

Rua Joaquim Souto Maior, 5/N, Nsrª das Graças - Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 333128
PACIENTE: MARCOS AMARO DA SILVA

GENITORA: JOSEFA MARIA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 12/11/1980

ENDEREÇO: PADRE CICERO

BAIRRO: NS DAS GRACAS

PONTO DE REFERENCIA:

IDADE: 38

CIDADE: GRAVATA

ACOMPANHANTE: SOZINHO

DATA: 13/11/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 20:20

CNS: 709200211651431

TELEFONE:

SEXO: Masculino

Nº: 185

COR: Sem Informação

UF: PE

CEP:

HDA

Aumenta-se com febre e dor no
pe (bacia) direita se a dor de mto.
Aumento de urina e de peso

EXAME FÍSICO

(VAT ————— 1 p — m)

Travessal — 1 p + 1000 de SFG + 1 p

Josineide Gomes
Técnica Exp. em
COREN-PE: 2060

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTRATO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5

Gravata - PE CEP: 55642-250

EXAMES SOLICITADOS

NO-2

HD

CID

1- Eft. Anom 2- Zumbido de 2º grau

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

[Assinatura]

Rua Joaquim Souto Maior, 5/N, Nsra das Graças - Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423





Tarifa Social de Energia elétrica criada pela Lei nº 4.946, de 25/04/03
 Diretoria de Energia de Pernambuco
 Av. João de Barros, 715, Laje 6 - Recife, Pernambuco - CEP 50065-902
 CNPJ 10.330.850/0001-05 | fone: (81) 002945-81 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 JOSEFA MARIA DA SILVA
 PROX. AO RESTAURANTE O CASTELINHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA PE CIGERO 185

CPF: 802.796.064-53

CENTRO GRAVATA
 GRAVATA-PE
 55342-820

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 R15 RESIDENCIAL

CONTA CONSUMIDORA
 0894139021
 11/2018
 DATA DE EMISSÃO
 08/12/2018
 DATA DE VENCIMENTO
 27/12/2018

PERÍODO DE FATURAMENTO
 01/06/2018 a 31/12/2018
 DATA DE EMISSÃO
 08/12/2018
 DATA DE VENCIMENTO
 27/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
 45,98

DESCRIÇÃO DA DESPESA	QUANTIDADE	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWh)	00,000000	0,794085	38,92
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,66
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,64
Contribuição Pública Municipal			2,34
Outras Subvenções CDE NF 033226614-2506/18			0,48
Multa por atraso NF 033226614-2506/18			1,22
Multa por atraso NF 033226614-2506/18			1,25
Juros por atraso NF 033226614-2506/18			0,18
Juros por atraso NF 033226614-2506/18			0,18
Atualização IPAN NF 033226614-2506/18			0,17
Atualização IPAN NF 033226614-2506/18			0,18
PRO-CRAVATA (701) 3412-9300 0800 041 6866			0,08
TOTAL DA FATURA			45,98

PERÍODO	Tipo da Parada	DATA	ABERTURA	DATA	LEITURA	DEBÍTO	CONSUMO	VALOR	CONSUMO (KWh)
31/12/2017	CAT	31/12/2017	31/12/2017	31/12/2017	2494,00	0	1,000000	0,00	0,00

PERÍODO	Tipo da Parada	DATA	ABERTURA	DATA	LEITURA	DEBÍTO	CONSUMO	VALOR	CONSUMO (KWh)
31/12/2017	CAT	31/12/2017	31/12/2017	31/12/2017	2494,00	0	1,000000	0,00	0,00

Para obter informações sobre a tarifa social de energia elétrica, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800 041 6866. A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores que possuem renda familiar mensal de até 5 salários mínimos e moram em áreas de baixa renda. Para obter informações sobre a tarifa social de energia elétrica, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800 041 6866.

PERÍODO	Tipo da Parada	DATA	ABERTURA	DATA	LEITURA	DEBÍTO	CONSUMO	VALOR	CONSUMO (KWh)
31/12/2017	CAT	31/12/2017	31/12/2017	31/12/2017	2494,00	0	1,000000	0,00	0,00

CONTA CONSUMIDORA
 0894139021
 11/2018
 DATA DE EMISSÃO
 08/12/2018
 DATA DE VENCIMENTO
 27/12/2018
 TOTAL A PAGAR (R\$)
 45,98



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 27 DEZ 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Laje 6
 Graças - Recife/PE CEP: 52011-040



MIDWAY



GLEVHSON S D AMARAL
RUA RIVALDO BALTAR SE
CHACO GRAVATA PE
55443-155



7211 057250 4040172303 7550172311

DELTA STAR INSURANCE CO. OF MAINE
100 WATER STREET, PORTLAND, ME 04101

SECRET
NOFORN
NOFORN
NOFORN

Data de Recebimento: 22/08/2018

DATE OF DEPARTURE: 10/17/2019

Digitized by Google



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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 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 9.513/98.

Pelo exposto, eu GLEYSSON SANTANA DA ANANÍ inscrito (a) no CPF 847.705.894 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCOS AMARO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.086.194 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCOS AMARO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.086.194 / 34 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

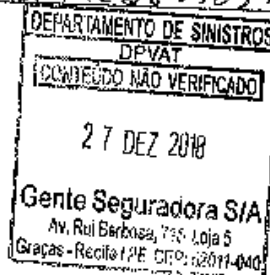
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número		Complemento	
Rua: <u>RUA: RIVALDO BOLTAR</u>		<u>56</u>			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
<u>PRADO</u>	<u>GRAVATI</u>	<u>PE</u>	<u>55642-155</u>		
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD)		
<u>gleysson40@hotmail.com</u>	<u>99746-1219</u>		<u>999228-5037</u>		

GRAVATI 04 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

Gleysson Santana da Ananí
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017



Num. 70724892 - Pág. 14

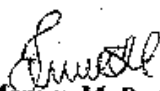


DECLARAÇÃO

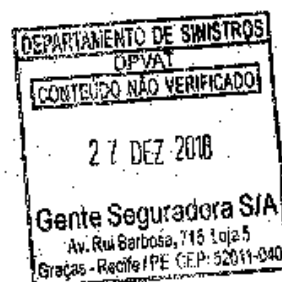
Declaro para os devidos fins de comprovação e a quem interessar possa que o Sr. **MARCOS AMARO DA SILVA**, portador do RG : 6.235.875 e CPF : 038.086.194-14, realiza curativos diários no Hospital Geral Alfredo Alves De Lima no município de Chã Grande-PE, desde 11 de novembro de 2018 até a presente data. Sem mais para o momento, me coloco a disposição para maiores esclarecimentos.

Chã Grande, 28 de Novembro de 2018

Atenciosamente


Isabella Mayara M. De Sousa Macêdo
Coordenadora de Enfermagem / SAMU

Isabella Mayara Sousa
COREN-PE 434.222 - ENF



HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA CNPJ: 08.625.167/0001-53
Av. 20 de Dezembro, 348 Bairro Centro Chã Grande - PE Fone: (81) 3537-1941





INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA
MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
Secretaria de Assistência Médica
SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Wlleson Amaro J. S.

portador da Carteira Profissional nº _____

Série _____, necessita de

15 dias de afastamento do Trabalho, a partir desta data, por motivo de doença. 125.2

HIGATC
Hospital ou Ambulatório

27/11/18
Localidade e Data

Dr. Rafael Duarte
Assinatura
CRM-PE 17.824

Ass. do Médico - CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 15 dias de afastamento do trabalho.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
RGPS	OPVAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO	
27 DEZ 2018	
Gente Seguradora S/A	
Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5	
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040	





CAIXA DE AQUISIÇÃO DE TERREIROS NACIONAIS

6.715.875 16/01/2015

SS MARCOS AMARO DA SILVA >>

SS AMARO GEVERNO DA SILVA >>

SS JOSEFA MARIA DA SILVA >>

GRAVATA PE 12/11/1980

PE 01.08.1995

039.086.104-10

ARMAMENTO DE SINISTROS

DEVAT

ARMAMENTO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

Seguradora S/A

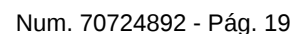
Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5

Recife/PE CEP: 52011-000



27 DEZ 2010
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lj 5-
Grupos - Recife/PE CEP: 52011-000

27 DEZ 2010
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lj 5-
Grupos - Recife/PE CEP: 52011-000



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679768 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS AMARO DA SILVA **Data do acidente:** 13/11/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO POR QUEIMADURA DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.4 - ANEXO 1
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PMR

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: MARCOS AMARO DA SILVA
RG: 6.235.875 SDS/PE
CPF: 038.086.194-14 Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: PINTOR
Endereço: RUA PADRE CICERO N. 185 Bairro: NS DAS GRAÇAS,
GRAVATÁ/PE CEP: 55642-620, neste ato tendo assinado a rogo
RG: SDS/PE CPF:

Endereço: N:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: DIVORCIADO
Profissão: ANALISTA DE SEGUROS
Identidade: 4.339.162 SSD/PE CPF: 847.705.894-68
Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

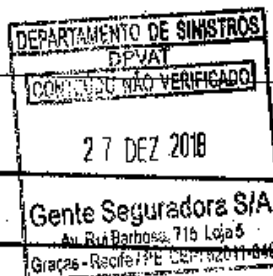
OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

GRAVATÁ, 27/11/2018

[Assinatura]
OUTORGANTE

Testemunhas:

A Rogo:



Local e data

(reconhecer firma por autenticidade).



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: MARCOS AMARO DA SILVA
RG: 6.235.875 SDS/PE
CPF: 038.086.194-14 Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: PINTOR
Endereço: RUA PADRE CICERO N. 185 Bairro: NS DAS GRAÇAS,
GRAVATÁ/PE CEP: 55642-620, neste ato tendo assinado a rogo
RG: SDS/PE CPF:

Endereço: N:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: DIVORCIADO
Profissão: ANALISTA DE SEGUROS
Identidade: 4.339.162 SSD/PE CPF: 847.705.894-68
Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

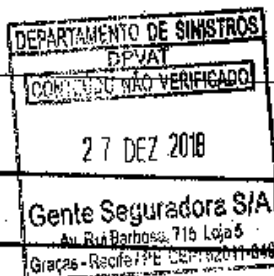
OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

GRAVATÁ, 27/11/2018

[Assinatura]
OUTORGANTE

Testemunhas:

A Rogo:



Local e data

(reconhecer firma por autenticidade).



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463892/18
Vítima: MARCOS AMARO DA SILVA
CPF: 038.086.194-14
Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.
Data do acidente: 13/11/2018
CPF de: Próprio
Titular do CPF: MARCOS AMARO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

MARCOS AMARO DA SILVA : 038.086.194-14

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/12/2018
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435188/19

Vítima: MARCOS AMARO DA SILVA

CPF: 038.086.194-14

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 13/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS AMARO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

MARCOS AMARO DA SILVA : 038.086.194-14

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: 05/12/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

