



Número: **0062860-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **01/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA (AUTOR)	EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71446 090	23/11/2020 14:46	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)

# 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: 03/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00626

CONTA: 000000041155-3

---

Nr. da Autenticação 2A9C8D7F786E7034



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/11/2020 14:46:48  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112314464849700000070046958>  
Número do documento: 20112314464849700000070046958

Num. 71446090 - Pág. 1



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02.

**CONTAS FISCAIS** - **FATURA** - **CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Rio Vista - Recife - PE, CEP 50090-002  
 CNPJ 15.336.800/0001-38 | Inscrição Estadual: 0205943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CAIÁMÉ DOLORES DA SILVA

CNPJ: 333.791.654-88 NIS: 20312091553

CLASSIFICAÇÃO  
BT RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NS

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA FRUTUOSO GOMES 103

VARZEA/RECIFE  
RECIFE PE  
50740-150

7018100252	11/2019
14/11/2019	09/12/2019
VALOR TOTAL DA FATURA: 138,71	

Consumo Ativo ate 30 kWh.  
 Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh.  
 Consumo Ativo superior a 100 ate 220 kWh.  
 Acréscimo Bandeira AMARELA  
 Acréscimo Bandeira VERMELHA  
 Conto Autônomo Municipal  
 ICMS: Sobrepreço: 0,00% (0,00) IPI: 0,00% (0,00)  
 PRO-CRIMÁCIA: (0,01041) -0,00010000 (0,1000)

CONSUMO	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.0000000	0,26247243	7,87
70.0000000	0,44095274	31,48
100.0000000	0,67402011	67,42
		2,34
		1,66
		23,94
		0,69
		7,90

TOTAL DA FATURA

TIPO DO MEDIADOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL LEITURA	DATA	ATUAL GESTÃO	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%										
100% 100% 100%										



237-2

23794.15009 90020.243086 41000.211403 4 0000000000000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP FERNANDA BRANDAO DE - 056.639.994-69 RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO - 233 - CASA A. VARZEA - RECIFE - PE - CEP 50970-230 Sacador/Avalista				
Nosso Número <b>09/0202430841-9</b>	Nr. do Documento <b>02024308419</b>	Data de vencimento <b>04/05/2020</b>	(+) Valor do Documento <b>1.035,06</b>	(-) Valor Pago
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço BRADESCO CARTOES - CNPJ 59.438.325/0001-01 - Núcleo Cidade de Deus, S/N Prédio Prata - 4º Andar - Vila Yara - CEP 06029-900 - Osasco - SP				
Agência/Código do Beneficiário <b>04150-5 / 0002114-8</b>	Autenticação Mecânica			



237-2

23794.15009 90020.243086 41000.211403 4 0000000000000000

Local de Pagamento					Data de Vencimento <b>04/05/2020</b>
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço BRADESCO CARTOES - CNPJ 59.438.325/0001-01 - Núcleo Cidade de Deus, S/N Prédio Prata - 4º Andar - Vila Yara - CEP 06029-900 - Osasco - SP					Agência/Código do Beneficiário <b>04150-5 / 0002114-8</b>
Data do Documento <b>20/04/2020</b>	Nr. do Documento <b>02024308419</b>	Espécie Doc. <b>RECIBO</b>	Aceite <b>N</b>	Data Processamento <b>20/04/2020</b>	Nosso Número <b>09/0202430841-9</b>
Uso do Banco <b>BB50</b>	Carteira <b>09</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	xValor	(+) Valor do Documento <b>1.035,06</b> (-) Desconto/Abatimento (+) Juros/Multa (-) Valor Pago
Informações de responsabilidade do beneficiário Os encargos de pagamento rotativo ou de atraso, serão cobrados na próxima fatura Pagamento em cheque será considerado liquidado somente após a sua compensação Sr. Caixa, não receber este boleto após 15 dias do vencimento					
Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP FERNANDA BRANDAO DE - 056.639.994-69 RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO - 233 - CASA A. VARZEA - RECIFE - PE - CEP 50970-230 Sacador/Avalista					

Autenticação Mecânica  
Ficha de Compensação



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 622 81 09 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### 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 SUSFP<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 de referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELD CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES IUCÍTAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 056.639.994 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.051.294 / 77  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA Vitoria Gomes Alves de Moraes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 168.732.674 / 65 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: <b>RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS</b>	Número: <b>233</b>	Complemento: <b>CASA</b>
Bairro: <b>VARZEA</b>	Cidade: <b>RECIFE</b>	Estado: <b>PE</b>
E-mail: <b>fernandabrandao2013@gmail.com</b>	CEP: <b>50.970-230</b>	Tel (DDD): <b>81 98552-9424 / 81 99472-7853</b>

Local e Data:

RECIFE 09 DE JUNHO DE 2020

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017





## 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: **32 00 22 66 69**

Data da solicitação: **14.08.2020**  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **Maria Vitoria Gomes Alves de Nobreis**

CPF do beneficiário: **168.732.674-05**

Nome do solicitante: **Luciana Gomes de Andrade Silva**

CPF do solicitante: **081.051.294-77**

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ( **81** ) 99397-5043

Tel. Comercial: ( **81** ) 98358-8143

Tel. Residencial: ( **81** )

E-mail: **ADEITA.SILVA.23@GMAIL.COM**

### 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) documentos estão sendo entregues:

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

(DESCREVER)

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

**INFELIZMENTE, NÃO TENHO OUTROS DOCUMENTOS RE  
MOS PITAL PARA APRESENTAR. NÃO TEMOS CONDIÇÕES DE  
PAGAR CONSULTAS E LAUDOS PARTICULARES. ESTAMOS A DISPOSI  
TIVA PARA PASSAR POR UMA PERÍCIA COM OS MÉDICOS DE VOCÊS  
E SER AVALIADA PARA CONSTATAR ATES SÉQUELA.**

**CAMARAJIBE - PE 25/08/2020**

Local e Data

**Luciana G. de Andrade Silva**

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

### IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/11/2020 14:46:48  
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112314464849700000070046958  
Número do documento: 20112314464849700000070046958

Num. 71446090 - Pág. 6

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200226669 Cidade: Camaragibe Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: MARIA VITORIA GOMES ALVES DE Data do acidente: 21/11/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE  
MORAIS SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3/6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.  
sequelas:

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00





Seguradora Lider • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEÇÃO DE DOCUMENTOS

### INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

#### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA	Maria Vitória Gomes Alves de Moraes		
DATA DO ACIDENTE	21/11/2019		
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	Fernanda Brandão de Oliveira		
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	( ) VÍTIMA	( ) REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA PARANTESES COM A VÍTIMA)	( ) VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
ENDEREÇO DO PORTADOR	Tron Raxor Rua Conego José Fernandes Machado		
Nº	233	COMPLEMENTO	A
CIDADE	Racife	UF	PE
E-MAIL	fernandabrandao2013@gmail.com		
TELEFONE	(81) 98552-9424		

HARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA E OFÍCIO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CÓPIA DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- IMPROBIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML DECLARAÇÃO DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSOCIADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ÚLTIMA DEFINTIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INCENSAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como cópia de folha de cheque ou cartão bancário

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CERTIDO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CNP DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉDIO DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MAIS
- INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- \* MORTE = R\$ 13.500,00
- \* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.340,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE
- \* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOSO); ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROMISSADAS.
- \* PRAZO PARA PAGAMENTO DA INCENSAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- \* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- \* PARA ACOMPANHAR O PRAZO DE INCENSAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATLEGUESODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT/800 022 1104

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CÓPIA DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉDIO DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MAIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA: 09/06/2020

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA:

IDENTIDADE 6141955-SDS/PE

NOSSO

ASSINATURA





## 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): Capital 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: 3200 22 6669

Data da solicitação: 04/09/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: MARIA VITÓRIA GOMES ALVES  
LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA

CPF do beneficiário: 168.732.674-65  
CPF do solicitante: 081.051.294-77

Nome do solicitante:

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ( 81 ) 98552-9424 Tel. Comercial: ( 000 )

Tel. Residencial: ( 000 )

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(s) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos  
 Laudo do IMI.  
 Boletim de Ocorrência  
 Notas fiscais complementares  
 Outros:

[ASSINAR/ERG]

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

QUERO JUSTIFICAR QUE O VALOR RECEBIDO É UM ABSURDO COMPARANDO A TABELA E AS PERMANENTES SÓNORA PELA MINHA FILHA. QUERO PEDIR A REAVALIAÇÃO E O COMPLEMENTO DA INDENIZAÇÃO PELA SEGURADORA LIDER.

Florianópolis, 04 de setembro de 2020.

Local e Data

Luciana G. de Andrade Silva

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

### IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizada:

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



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

IDENTIDADE: 6.992.094 ORGÃO: SPS PE

CPF: 08L - 05L - 294 - 77

ESTADO CIVIL: CASADA

ENDEREÇO: RUA FRUTUOSO GOMES, 103 VARZEA RECIFE/PE

CEP: 50740-150

### OUTORGADO:

NOME: Fernanda Brandão de Oliveira

NACIONALIDADE: Brasileira

IDENTIDADE: 6.141.955 SDS/PE

CPF: 056.639.994-69

ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: Rua Conde José Fernandes Machado, Nº 233 – Várzea – Recife/PE

Cep: 50.970-230

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante instituições hospitalares, corpo de bombeiro, samu e Boletim de Ocorrencia e retificar caso necessário, para solicitar e retirar quaisquer documentações médicas e certidões de atendimento do outorgante acima qualificado. Confio para representar-me perante SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o senhor (a):

Maria Vitória Gomes Alves de Moraes

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura

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

Data do Acidente: 29/11/2019

Recife 02 de dezembro 2019

Local e data

*Cartório de Registro Civil*

Luciana G de Andrade Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

( RECONHECER POR AUTENTICIDADE)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175341/20

**Vítima:** MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORA

**CPF:** 168.732.674-65

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/11/2019

**Titular do CPF:** MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

#### LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA : 081.051.294-77

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência
- Documentos de identificação

### 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: 25/06/2020  
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA  
CPF: 056.639.994-69

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020  
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO  
CPF: 097.679.434-98

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175341/20

Número do Sinistro: 3200226669

Vítima: MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORA

CPF: 168.732.674-65

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/11/2019

Titular do CPF: MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### 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: 27/08/2020  
Nome: LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA  
CPF: 081.051.294-77

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2020  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/11/2020 14:46:48  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112314464849700000070046958>  
Número do documento: 20112314464849700000070046958

Num. 71446090 - Pág. 12



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, 26 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200226669**

**Vítima: MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS**

**Data do Acidente: 21/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LUCIANA GOMES DE ANDRADE 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

Pag. 01789/01790 - carta\_01 - INVALIDEZ



Carta nº 15893535





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, 26 de Junho de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200226669

Vítima: MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS

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

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente 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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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. 01043/01044 - carta\_03 - INVALIDEZ



00040522

Carta nº 15894744



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/11/2020 14:46:48  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112314464849700000070046958>  
Número do documento: 20112314464849700000070046958

Num. 71446090 - Pág. 14



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, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200226669 Vítima: MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS

Data do Acidente: 21/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIANA GOMES DE ANDRADE 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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000626

Conta: 0000041155-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 0151901520 - carta\_30 - INVALIDEZ



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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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, 17 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200226669

Vítima: MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/09/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01127/01128 - carta\_09 - INVALIDEZ



00030564

Carta nº 16134096



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/11/2020 14:46:48  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112314464849700000070046958>  
Número do documento: 20112314464849700000070046958

Num. 71446090 - Pág. 16



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NP do sinistro ou ASL: **168.732.674-65** 3 - CPF da vítima: **168.732.674-65** 4 - Nome completo da vítima: **MARIA VITÓRIA GOMES ALVES DE MORAIS**

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

5 - Nome completo: <b>MARIA VITÓRIA GOMES ALVES DEMORAIS</b>	6 - CPF: <b>168.732.674-65</b>
7 - Profissão: <b>ESTUDANTE</b>	8 - Endereço: <b>R. Frentuoso Gomes</b>
9 - Número: <b>103</b>	10 - Complemento: <b>CASA</b>
11 - Bairro: <b>VARZEA</b>	12 - Cidade: <b>RECIFE</b>
13 - Estado: <b>PE</b>	14 - CEP: <b>50.740-150</b>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <b>(81)98552-9424</b>

### 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:  
**LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA**  
18 - CPF do Representante Legal:  
**081.051.294-77** 19 - Profissão do Representante Legal:  
**RECLUSO.**

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

### 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00
	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0826** CONTA: **41 155 3**

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de

- Não há IMI que atenda 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 prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ho Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	---	--	---

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

35

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

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

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

40 - Local e Data,

**Recife 09 de JUNHO de 2020**

**Luciana Gde A Silva**  
42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC  
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0127002765**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/06/2020 às 16:25**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **21/11/2019 às 21:10**

Fato ocorrido no endereço: **CENTRO, 1, AV. BELMINO CORREIA, S/N** - Bairro: **SANTANA** -  
**CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **54777-455**  
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA ( AUTOR \ AGENTE )  
LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA ( NOTICIANTE )  
MARIA VITORA GOMES ALVES DE MORAES ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA  
DESCONHECIDA

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

**LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **NIELZIA GOMES DA SILVA** Pai: **EDVALDO FRANCISCO DE ANDRADE** Data de Nascimento: **16/12/1984** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7992094/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 99880451**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE VARZEA (BAIRRO), 103, RUA FURTUOSO GOMES, 103 - CEP: 55000-000 - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA VITORA GOMES ALVES DE MORAES (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA** Pai: **ISRAEL ALVES DE MORAIS** Data de Nascimento: **29/6/2006** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **16873267465 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Endereço Residencial: **BAIRRO DE VARZEA (BAIRRO), 103, RUA FURTUOSO GOMES, 103 - CEP: 55000-000 - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

04/06/2020 16:55



Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**CONFORNE DECLARAÇÃO DO SAMU, OCORRENCIA N° S.5711-305 DE CAMARAGIBE, QUE FIZERAM OS PRIMEIROS SOCORROS A VITIMA DE ATROPELAMENTO, QUE FOI CONDUZIDA A UPA DA CAXANGA COM VARIOS FERIMENTOS.**

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

*Luciana G. de Andrade Sélva*  
**LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA**  
**(NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **JAILTON JOSE GOMES** - Matrícula: **319707-7**  
(Liberado em **04/06/2020 às 16:55**)

04/06/2020 16:5



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/11/2020 14:46:48  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112314464849700000070046958>  
Número do documento: 20112314464849700000070046958

Num. 71446090 - Pág. 19



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

MARIA VITÓRIA GOMES ALVES DE MORAIS

CPF:

MATRÍCULA:

073478 01 55 2006 1 00064 119 0072283 07

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO)

Vinte e nove de junho de dois mil e seis.

DIA  
29

MÊS  
06

ANO  
2006

HORA DE NASCIMENTO

16h33min

NATURALIDADE

Recife-PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO  
Recife - PE

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF  
Recife-PE

SEXO  
Feminino

FILIAÇÃO

ISRAEL ALVES DE MORAIS e LUCIANA GOMES DE ANDRADE

AVÓS

RENALDINO ALVES DE MORAIS e MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO (paternos) e EDVALDO FRANCISCO DE ANDRADE e NIELZIA GOMES DA SILVA (maternos)

GÊMEOS  
Não

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEO(S)  
Nada consta

DATA DE REGISTRO (POR EXTENO)

Cinco de setembro de dois mil e seis.

NÚMERO DA DNV / DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS  
36077724

AVERIAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESER

Ato registrado no livro A-64, às folhas 119c, sob o nº 72283. Data do registro: 05 de setembro de 2006. Data de nascimento da registrada: 29 de junho de 2006.

Observação: De acordo com o Prov. 63/2017 do CNJ, deixa de constar o CPF da parte em virtude da mesma nunca ter tirado o documento. E, também, nesta data, não foi localizado na base nacional de dados do CRC .

Digitado por Anália Daniella Magalhães Herminio Alves da Silva

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

\* As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

ATO GRATUITO de acordo com a Lei 6015/73  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)  
Selo Digital Nº 0073478.RNY11201903.00419



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Recife, 29 de novembro de 2019.

Romildo Pacheco da Silveira  
Delegado  
Caíque Jose Matheus da Silveira  
Gilda Matheus da Silveira  
Av. Rainha das Nações, 200, Taquipió - Recife-PE  
CEP: 50.930-000 - Fone: (81) 3251.5130