

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210046832 Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/06/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), AMILTON LUIZ DOS SANTOS

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
Laudo do IML - Lesões corporais	Apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal - IML, original ou cópia autenticada, com nome completo da vítima, pois não foi entregue. Na impossibilidade de apresentação do laudo do Instituto Médico Legal - IML, a vítima deverá apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais e da Declaração de Ausência de Laudo do IML.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.

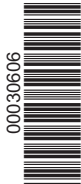
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Carta nº 16569125



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210046832

Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AMILTON LUIZ DOS SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220032277

Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), AMILTON LUIZ DOS SANTOS

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com a narrativa detalhada do acidente, pois o entregue não esclarece como o acidente ocorreu.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.

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

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

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220032277

Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), AMILTON LUIZ DOS SANTOS

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com a narrativa detalhada do acidente, pois o entregue não esclarece como o acidente ocorreu.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.

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

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

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220032277

Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DE LIMA FRANCA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), AMILTON LUIZ DOS SANTOS

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

Procuração	Apresentar procuração, original ou cópia autenticada, com poderes específicos para solicitar o Seguro DPVAT, inclusive podendo apresentar e firmar documentos, pois a entregue não possui poderes específicos para o Seguro DPVAT e/ou está com os dados incorretos/incompletos. Veja no nosso site as informações e instruções para a elaboração da procuração que deverá estar assinada pelo outorgante, com reconhecimento da firma por autenticidade.
-------------------	---

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

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

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220032277

Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DE LIMA FRANCA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), AMILTON LUIZ DOS SANTOS

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

Procuração	Apresentar procuração, original ou cópia autenticada, com poderes específicos para solicitar o Seguro DPVAT, inclusive podendo apresentar e firmar documentos, pois a entregue não possui poderes específicos para o Seguro DPVAT e/ou está com os dados incorretos/incompletos. Veja no nosso site as informações e instruções para a elaboração da procuração que deverá estar assinada pelo outorgante, com reconhecimento da firma por autenticidade.
-------------------	---

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

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

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 17205477



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220032277

Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), AMILTON LUIZ DOS SANTOS

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

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

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

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220032277

Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DE LIMA FRANCA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), AMILTON LUIZ DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220032277

Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DE LIMA FRANCA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), AMILTON LUIZ DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário do Pedido de Seguro DPVAT devidamente assinado e com os dados bancários atualizados. A entrega deve ser realizada no ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito ou enviado através do endereço eletrônico pendente@seguradoralider.com.br.

A relação das contas bancárias com impedimentos para crédito de indenização e o formulário estão disponíveis no site <https://www.seguradoralider.com.br/>.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro DPVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega da documentação no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220032277

Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DE LIMA FRANCA

Procurador: JOSE EDUARDO DE LIMA FRANCA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AMILTON LUIZ DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000086751953-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3220032277**

Nome do(a) Examinado(a): **AMILTON LUIZ DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA SAO JOSE, 0000, Conjunto Leonel Vieira - São José - Amparo de São Francisco - SE - CEP 49920

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **33673330**

Data e local do acidente: [**23/06/2020**] **CANHOPA/SERGIPE**

Data e local do exame: [**05/08/2022**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO COM EDEMA CEREBRAL DIFUSO. FRATURA DA ÓRBITA DIREITA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO ASSIMÉTRICO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO DO SUPERCILIO DIREITO E DEGRAU ÓSSEO NO REBORDO SUPERIOR DA ÓRBITA, AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS, TÔNUS, E REFLEXOS, MOVIMENTOS PASSIVOS E ATIVOS DOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES PRESERVADOS, SENSIBILIDADE REGIÃO FRONTAL E DA ÓRBITA À DIREITA. PERICIADO LÚCIDO, ORIENTADO, COOPERATIVO, LINGUAGEM PRESERVADA, MEMORIA REMOTA DIMINUÍDA (AMNÉSIA LACUNAR), DISCURSO ESPONTÂNEO E COERENTE, REFERE CEFALEIA SEVERA, AMNÉSIA, TONTURA, INSÔNIA, INSTABILIDADE EMOCIONAL, MUDANÇA DE COMPORTAMENTO, E HUMOR LÁBIO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 23/06/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO E DA FRATURA DE ÓRBITA DIREITA, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 02/07/2020, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 10/12/2020, (INFORMADO PELO PERICIADO, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL).

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano neurológico

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os

prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

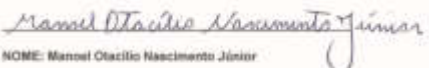
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



NOME: Manoel Otacilio Nascimento Junior
CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

063.606.725-45

4 - Nome completo da vítima:

AMILTON LUIZ DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

Nome completo:

AMILTON LUIZ DOS SANTOS

6 - CPF:

063.606.725-45

Profissão:

8 - Endereço:

RUA SÃO JOSÉ, CONJUNTO LEONEL VIEIRA

9 - Número:

0000

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SÃO JOSÉ

12 - Cidade:

AMPARO DE SÃO FRANCISCO

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

49.920-000

15 - E-mail:

eduardo.franca.lima@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

(73) 9.9869-7868

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ ATIVA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Nu Pagamento S.A.

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

86751953

8

(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou par(s) vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Amparo de São Francisco, 08/09/2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

TESTEMUNHAS



Comprovante de transferência

05 SET 2022 - 14:45:39

Valor R\$ 0,01

Tipo de transferência Pix

Descrição

teste

Destino

Nome Amilton Luiz dos Santos

Agência 0001

Conta 86751953-8

Origem

Nome Gustavo Sousa Brito

Agência 0001

Conta 1288057-1

Nu Pagamentos S.A. - Instituição de Pagamento
CNPJ 18.236.120/0001-58

ID da transação:
E18236120202209051745s10db27277d

Estamos aqui para ajudar se você tiver alguma dúvida.

[Me ajuda —>](#)

Ouvidoria: 0800 887 0463, atendimento em dias úteis, das 09h às 18h (horário de São Paulo).

Autorização de pagamento





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

063.606.725-45

4 - Nome completo da vítima:

AMILTON LUIZ DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:

AMILTON LUIZ DOS SANTOS

6 - CPF:

063.606.725-45

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA SÃO JOSÉ, CONJUNTO LEONEL VIEIRA

9 - Número:

0000

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SÃO JOSÉ

12 - Cidade:

AMPARO DE SÃO FRANCISCO

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

49.920-000

15 - E-mail:

Eduardo Franco Lima@gmail.com

16 - Tel (DDD):

17919 9869-7263

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 038

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 01/005.111

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (menor)? ☐ 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 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.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Amparo, SE, 09/06/2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

TESTEMUNHAS

Banese		DADOS DA CONTA POUPANÇA	
Cliente	AMILTON LUIZ DOS SANTOS		
CPF	063.606.725-45		
Banco	047	Agência	038
Conta Poupança	01/005.111-0	Data de Abertura	18/05/2022

Boletim de ocorrência



GÓVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE CANHOBÁ - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00050126/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/07/2020 13:21:00 Data/Hora Fim: 09/07/2020 13:21:00
 Delegado de Polícia: Paulo José Barbosa da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Distrital de Canhoba

Data/Hora do Fato: 23/06/2020 17:20

Local do Fato

Município: Canhoba (SE)

Bairro: Povoados

Logradouro: rodovia Canhoba/Aquidabã

Complemento: pista

Tipo do Local: Via Pública

Nº: sn

Natureza

1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM FERIDOS

Moto(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)**Nome Civil: UELSON LUIZ DOS SANTOS (COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 18/09/1982 Idade: 37

Profissão: Eletricista

Estado Civil: Sem Informação

Naturalidade: Amparo de São Francisco - SE

Nome da Mãe: Maria Amelia dos Santos

Nome do Pai: Joel Luiz dos Santos

Documento(s)

RG: 1371654

CPF: 024.796.355-69

Endereço

Município: Amparo de São Francisco - SE

Logradouro: rua são jose

Nº: 319

Complemento: casa

Telefone: (79) 99976-7897 (Celular)

Nome Civil: AMILTON LUIZ DOS SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 22/12/1991 Idade: 28

Estado Civil: Sem Informação

Naturalidade: Amparo de São Francisco - SE

Nome da Mãe: Maria Amelia dos Santos

Nome do Pai: Joel Luiz dos Santos

Documento(s)

RG: 33673330

CPF: 063.606.725-45

Endereço

Município: Amparo de São Francisco - SE

Logradouro: rua são jose

Nº: 319

Complemento: casa

Bairro: Centro



Impresso por: Paulo José Barbosa da Silva
 Data de Impressão: 14/12/2020 11:21:52

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Cartório do Porto Virgílio - Serviço Notarial e Registral
 Cartório de Canhoba - SE
 Rua: ...
 CEP: 49600-000, TEL: (79) 3353-1042
 ANILAVAGUA PORTO NETO
 TABELA DE REGISTRO
 AUTENTICAÇÃO-TAXA R\$ 3,00
 FÉRMENOS R\$ 0,50 / FOLHA R\$ 1,50
 CERTIFICADO R\$ 1,00 / FOLHA R\$ 1,00
 COPIA FOTOSTÁTICA E PRODUÇÃO FIEL
 DO ORIGINAL QUE ME FOR PRESENTADO
 Em 14/12/2020 às 11:21:52
 ANDRÉIA ROCHA ANDRÉIA DA SILVA

Visto somente com o Selo de Autenticidade



2020060916001701



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE CANHOA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00050126/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/07/2020 13:21:00 Data/Hora Fim: 09/07/2020 13:21:00
Delegado de Polícia: Paulo José Barbosa da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Distrital de Canhoba

Data/Hora do Fato: 23/06/2020 17:20

Local do Fato

Município: Canhoba (SE)

Bairro: Povoados

Logradouro: rodovia Canhoba/Aquidabã

Nº: 50

Complemento: pista

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM FERIDOS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: UELSON LUIZ DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 18/09/1982

Idade: 37

Profissão: Eletricista

Estado Civil: Sem Informação

Naturalidade: Amparo de São Francisco - SE

Nome da Mãe: Maria Amélia dos Santos

Nome do Pai: Joel Luiz dos Santos

Documento(s)

RG: 1371854

CPF: 024.736.355-69

Endereço

Município: Amparo de São Francisco - SE

Logradouro: rua são jose

Nº: 319

Complemento: casa

Telefone: (79) 99976-7897 (Celular)

Nome Civil: AMILTON LUIZ DOS SANTOS (VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 22/12/1991

Idade: 28

Estado Civil: Sem Informação

Naturalidade: Amparo de São Francisco - SE

Nome da Mãe: Maria Amélia dos Santos

Nome do Pai: Joel Luiz dos Santos

Documento(s)

RG: 33673330

CPF: 063.606.725-45

Endereço

Município: Amparo de São Francisco - SE

Logradouro: rua são jose

Nº: 319

Complemento: casa

Bairro: Centro



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE CANHOBA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00050126/2020

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 802.846.715-68	Placa IAP9642
Renavam 00214812286	Número do Motor KC15E5A122532
Número do Chassi 9C2KC1550AR122532	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor PRETA	UF Veículo SE
Município Veículo Itabi	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 20/09/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Amilton Luiz dos Santos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

registro para fins de confecção do AUTO DE APREENSÃO e TERMO DE ENTREGA

ASSINATURAS

Sergio Jose Dos Santos

Agente de Polícia

Matrícula 163901

Responsável pelo Atendimento

"Destina-se este documento aos fins de registro e controle das informações sobre as ocorrências e eventos que podem resultar em processos administrativos ou criminais, conforme previsto nos Artigos 316-Determinação Calamita e 315-Comunicação Falsa de Crime de da Constituição do Estado de Sergipe."

Fls: 1
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRIITAL DE CANHOBA - SE

BOLETIM DE Ocorrência

Nº 00050125/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/06/2022 10:06:30 Data/Hora Fim: 29/06/2022 10:18:04
Delegado de Polícia: Paulo José Barbosa da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Distrital de Canhoba

Data/Hora do Fato Início: 23/06/2020 17:20

Data/Hora do Fato Fim:

Local do Fato

Município: Canhoba (SE)

Bairro: Povoados

Logradouro: rodovia Canhoba/Aquidabã

Complemento: pista

Tipo do Local: Via Pública

Nº: sn

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM FERIDOS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: AMILTON LUIZ DOS SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 22/12/1991 Idade: 28

Estado Civil: Sem Informação

Naturalidade: Amparo de São Francisco - SE

Nome da Mãe: Maria Amelia dos Santos

Nome do Pai: Joel Luiz dos Santos

Documento(s)

RG: 33673330

CPF: 063.606.725-45

Endereço

Município: Amparo de São Francisco - SE

Logradouro: rua são jose

Complemento: casa

Bairro: Centro

Nº: 318

Nome Civil: UELSON LUIZ DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 18/09/1982 Idade: 37

Profissão: Eletricista

Naturalidade: Amparo de São Francisco - SE

Estado Civil: Sem Informação

Nome do Pai: Joel Luiz dos Santos

Nome da Mãe: Maria Amelia dos Santos

Documento(s)

RG: 1371854

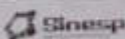
CPF: 024.788.355-69

Endereço

Município: Amparo de São Francisco - SE

Logradouro: rua são jose

Nº: 318



Impresso por: Sergio Jose Dos Santos
Data de Impressão: 29/06/2022 10:18:52

Página 1 de 2
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRICTAL DE CANHOBA - SE

Fls: 2

Visto:

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00050126/2020-A01

Complemento: casa

Telefone: (79) 99976-7897 (Telefone Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário: 802.846.715-68

Renavam: D0214812286

Número do Chassi: 9C2KC1550AR122532

Cor: PRETA

Município Veículo: Itabi

Veículo Adulterado? Não

Última Atualização Denatran: 20/09/2019

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: IAP8642

Número do Motor: KC15E6A122532

Ano/Modelo Fabricação: 2010/2010

UF Veículo: SE

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI

Situação: Envolvido

Situação do Veículo: NADA CONSTA

Nome Envolvido

Amilton Luiz dos Santos

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

RELATA o noticiante que no dia 23/06/2020, por volta das 17:20, seu irmão AMILTON LUZ DOS SANTOS sofreu um acidente motociclístico na rodovia entre Canhoba/SE e Amparo de São Francisco/SE; QUE AMILTON conduzia a moto IAP-8642 quando perdeu o controle da moto e saiu da pista e caiu no acostamento; QUE AMILTON estava de capacete; QUE AMILTON foi socorrido pelo Samu e internado no hospital João Alves Filho em Aracaju, onde ficou internado por mais de uma semana; QUE teve lesão no rosto e escoriações pelo corpo; QUE a moto também ficou danificada.

ASSINATURAS

Sergio Jose Dos Santos

Auxiliar de Polícia

Matrícula: 16901

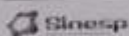
Responsável pelo Atendimento

x Uelson Luiz dos Santos

Uelson Luiz dos Santos

Circulante

"Destino para os prints da foto que foi o principal responsável pelas informações acima assessorar e criar que poderá responder, que a continuidade para presente declaração que se originar, conforme previsto nos Artigos 209-Declaratório Celular e 240-Comunicação Falsa de Crime ou de Corresponsabilidade do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: Sergio Jose Dos Santos

Data de Impressão: 29/06/2022 10:18:52

Página 2 de 2

PPe - Procedimento Policial Eletrônico



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

063.606.725-45

4 - Nome completo da vítima:

AMILTON LUIZ DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:

AMILTON LUIZ DOS SANTOS

6 - CPF:

063.606.725-45

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA SÃO JOSÉ, CONJUNTO LEONEL VIEIRA

9 - Número:

0000

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SÃO JOSÉ

12 - Cidade:

AMPARO DE SÃO FRANCISCO

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

49.920-000

15 - E-mail:

Eduardo Franco Lima@gmail.com

16 - Tel (DDD):

17919 9869-7263

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 038

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 01/005.111

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (menor)? ☐ 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 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.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Amparo, SE, 09/06/2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Provedor (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

ASSINATURAS

TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

14/09/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8145904

VALOR TOTAL:

1.350,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000086751953

Número da Autenticação

ECA01DFD52BCF7E5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220032277 **Cidade:** Canhoba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/06/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO COM EDEMA CEREBRAL DIFUSO. FRATURA DA ÓRBITA DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO ASSIMÉTRICO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO DO SUPERCILIO DIREITO E DEGRAU ÓSSEO NO REBORDO SUPERIOR DA ÓRBITA, AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS, TÔNUS, E REFLEXOS, MOVIMENTOS PASSIVOS E ATIVOS DOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES PRESERVADOS, SENSIBILIDADE REGIÃO FRONTAL E DA ÓRBITA À DIREITA. PERICIADO LÚCIDO, ORIENTADO, COOPERATIVO, LINGUAGEM PRESERVADA, MEMÓRIA REMOTA DIMINUÍDA (AMNÉSIA LACUNAR), DISCURSO ESPONTÂNEO E COERENTE, REFERE CEFALÉIA SEVERA, AMNÉSIA, TONTURA, INSÔNIA, INSTABILIDADE EMOCIONAL, MUDANÇA DE COMPORTAMENTO, E HUMOR LÁBIO.

Resultados terapêuticos: PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 23/06/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO E DA FRATURA DE ÓRBITA DIREITA, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 02/07/2020, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 10/12/2020, (INFORMADO PELO PERICIADO, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL).

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/08/2022

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220032277

Cidade: Canhoba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

Data do acidente: 23/06/2020

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO COM EDEMA CEREBRAL DIFUSO. FRATURA DA ÓRBITA DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO ASSIMÉTRICO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO DO SUPERCILIO DIREITO E DEGRAU ÓSSEO NO REBORDO SUPERIOR DA ÓRBITA, AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS, TÔNUS, E REFLEXOS, MOVIMENTOS PASSIVOS E ATIVOS DOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES PRESERVADOS, SENSIBILIDADE REGIÃO FRONTAL E DA ÓRBITA À DIREITA. PERICIADO LÚCIDO, ORIENTADO, COOPERATIVO, LINGUAGEM PRESERVADA, MEMORIA REMOTA DIMINUÍDA (AMNÉSIA LACUNAR), DISCURSO ESPONTÂNEO E COERENTE, REFERE CEFALÉIA SEVERA, AMNÉSIA, TONTURA, INSÔNIA, INSTABILIDADE EMOCIONAL, MUDANÇA DE COMPORTAMENTO, E HUMOR LÁBIO.

Resultados terapêuticos: PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 23/06/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO E DA FRATURA DE ÓRBITA DIREITA, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 02/07/2020, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 10/12/2020, (INFORMADO PELO PERICIADO, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL).

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/08/2022

Conduta mantida:

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220032277 **Cidade:** Canhoba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/06/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM EDEMA CEREBRAL DIFUSO. P.3-6,8,17-42

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220032277 **Cidade:** Canhoba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/06/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM EDEMA CEREBRAL DIFUSO. P.3-6,8,17-42

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



EDUARDO
FRANCA
ADVOCACIA

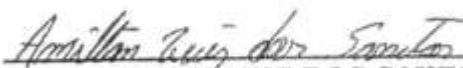
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: AMILTON LUIZ DOS SANTOS, brasileiro, maior, capaz, solteiro, inscrito no CPF sob o nº 063.606.725-45, portador do RG nº 33673330 SSP/SE, residente e domiciliado na Rua São José, s/nº, Conjunto Leonel Vieira, Bairro São José, CEP: 49.920-00 na Cidade de Amparo do São Francisco.

OUTORGADOS: JOSÉ EDUARDO DE LIMA FRANCA, brasileiro, casado, Advogado, inscritos na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional Sergipe, sob o número 5.657 com escritório localizado na Rua Pedro Paes Mendonça, nº 106, Bairro Suíssa, CEP: 49.051-040 na Cidade de Aracaju/SE.

PODERES: Os contidos na cláusula "*ad Judicia et ad extra*" para o foro em geral, outorga-lhe também os poderes necessários para defender seus interesses no âmbito Administrativo ou Judicial, concedendo-lhe poderes para exercer o "direito de ação", podendo o outorgado só ou conjuntamente contestar pretensões em qualquer Juízo ou Tribunal, ou ainda fora deles; interpor recursos administrativos em qualquer Juízo ou Tribunal; substabelecer esta no todo ou em parte, com ou sem reserva de poderes. Outorga-lhe também poderes para: receber citação e intimação; desistir; adjudicar; confessar; fazer e aceitar propostas de conciliação; reconhecer a procedência do pedido; reconvir; remir; renunciar ao direito sobre o qual se funda a pretensão; transigir; receber e dar quitação de quaisquer valores; receber e retirar alvará judicial; receber e levantar RPV e Precatório, firmar acordos e compromissos de qualquer natureza; assinar declaração de hipossuficiência econômica; poderes para impugnar; para praticar quaisquer atos em defesa dos outorgantes; outorgando-lhe poderes para representá-los junto a repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, bem como outorga-lhe poderes especiais para prestar depoimentos, e ao fim, poderes para praticar todos os atos necessários ao fiel desempenho do mandato, por esta instrumentalizado e **em especial para propor procedimento judicial** ao que tudo daremos por bom firme e valioso.

Aracaju/SE, 13 de abril de 2022.

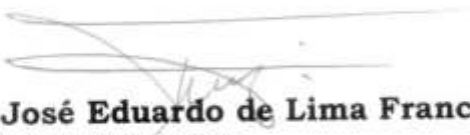

AMILTON LUIZ DOS SANTOS

ESCRITÓRIO: Rua Pedro Paes Mendonça - nº 106 - Bairro Suíssa - CEP: 49.051-040 - Aracaju/SE - Fone: (79) 3021-6640
Cel. (79) 9.9996-3232 - E-mail: eduardo@francabiao.com.br

SUBSTABELECIMENTO COM RESERVA DE PODERES

JOSÉ EDUARDO DE LIMA FRANCA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/SE sob nº 5.657 com escritório localizado na Rua Pedro Paes Mendonça, nº 106, Bairro Suissa, CEP: 49.051-040 na Cidade de Aracaju/SE **SUBSTABELECE COM RESERVA DE PODERES** na pessoa de **MARIA ELIZABETE RODRIGUES DE OLIVEIRA**, brasileira, união estável, advogada, inscrita na OAB/SE sob o nº 9.130, os poderes conferidos por **AMILTON LUIZ DOS SANTOS**, por meio da procuração acostada, habilitando a praticar todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do referido mandato.

Aracaju/SE, 06 de maio de 2022.


José Eduardo de Lima Franca
OAB/SE 5.657

CARTÓRIO PORTO VIRGÍNIO OFÍCIO ÚNICO DE CANOAS
PRAÇA AMÉRICO SEIXERA DA ROCHA, 1142, CENTRO
CEP: 93060-000 TEL: (51) 3093.1042
ANUAL AQUILA PORTO RETOCTABELLAÇÃO
RECONHECIMENTO DE FIRMA TAXA: R\$ 4,01
PERÍODO: 03/06/2022 - 03/06/2023
Reconheço por SEMELHANÇA a firma de:

AMILTON LUIZ DOS SANTOS

Em 10/06/2022, às 14h00min, em virtude da
ANEXO DE MANEIRA DA SEVA

Selo Digital de Verificação
Tribunal de Justiça de
Sergipe

Órgão: Ministério Público do
Estado de Sergipe

Processo: 11.2022.0000000-0
Data: 10/06/2022



EDUARDO
FRANCA
ADVOCACIA

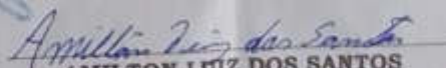
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: AMILTON LUIZ DOS SANTOS, brasileiro, maior, capaz, solteiro, inscrito no CPF sob o nº 063.606.725-45, portador do RG nº 33673330 SSP/SE, residente e domiciliado na Rua São José, s/nº, Conjunto Leonel Vieira, Bairro São José, CEP: 49.920-00 na Cidade de Amparo do São Francisco.

OUTORGADOS: JOSÉ EDUARDO DE LIMA FRANCA, brasileiro, casado, Advogado, inscritos na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional Sergipe, sob o número 5.657 com escritório localizado na Rua Pedro Paes Mendonça, nº 106, Bairro Suíssa, CEP: 49.051-040 na Cidade de Aracaju/SE.

PODERES: Os contidos na cláusula "ad Judicia et ad extra" para o foro em geral, outorga-lhe também os poderes necessários para defender seus interesses no âmbito Administrativo ou Judicial, concedendo-lhe poderes para exercer o "direito de ação", podendo o outorgado só ou conjuntamente contestar pretensões em qualquer Juízo ou Tribunal, ou ainda fora deles; interpor recursos administrativos em qualquer Juízo ou Tribunal; substabelecer esta no todo ou em parte, com ou sem reserva de poderes. Outorga-lhe também poderes para: receber citação e intimação; desistir; adjudicar; confessar; fazer e aceitar propostas de conciliação; reconhecer a procedência do pedido; reconvir; remir; renunciar ao direito sobre o qual se funda a pretensão; transigir; receber e dar quitação de quaisquer valores; receber e retirar alvará judicial; receber e levantar RPV e Precatório, firmar acordos e compromissos de qualquer natureza; assinar declaração de hipossuficiência econômica; poderes para impugnar; para praticar quaisquer atos em defesa dos outorgantes; outorgando-lhe poderes para representá-los junto a repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, bem como outorga-lhe poderes especiais para prestar depoimentos, e ao fim, poderes para praticar todos os atos necessários ao fiel desempenho do mandato, por esta instrumentalizado e em especial para solicitar o SEGURO DPVAT ao que tudo daremos por bom firme e valioso.

Aracaju/SE, 22 de junho de 2022.


AMILTON LUIZ DOS SANTOS

ESCRITÓRIO: Rua Pedro Paes Mendonça - nº 106 - Bairro Suíssa - CEP: 49.051-040 - Aracaju/SE - Fone: (79) 3021-6640
Cel. (79) 9.9996-3232 - E-mail: eduardo@francabiao.com.br

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0017540/22

Número do Sinistro: 3220032277

Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

CPF: 063.606.725-45

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

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 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: 26/07/2022
Nome: JOSE EDUARDO DE LIMA FRANCA
CPF: 589.415.415-49

JOSE EDUARDO DE LIMA FRANCA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/07/2022
Nome: Gustavo Sousa Brito
CPF: 078.952.935-16

Gustavo Sousa Brito

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0017540/22

Número do Sinistro: 3220032277

Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

CPF: 063.606.725-45

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

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 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: 26/07/2022
Nome: JOSE EDUARDO DE LIMA FRANCA
CPF: 589.415.415-49

JOSE EDUARDO DE LIMA FRANCA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/07/2022
Nome: Gustavo Sousa Brito
CPF: 078.952.935-16

Gustavo Sousa Brito

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0017540/22

Número do Sinistro: 3220032277

Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

CPF: 063.606.725-45

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/06/2020

Titular do CPF: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

JOSE EDUARDO DE LIMA FRANCA : 589.415.415-49

Procuração

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: 15/07/2022
Nome: JOSE EDUARDO DE LIMA FRANCA
CPF: 589.415.415-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2022
Nome: Gustavo Sousa Brito
CPF: 078.952.935-16

JOSE EDUARDO DE LIMA FRANCA

Gustavo Sousa Brito

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0017540/22

Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

CPF: 063.606.725-45

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/06/2020

Titular do CPF: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DE LIMA FRANCA : 589.415.415-49

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

AMILTON LUIZ DOS SANTOS : 063.606.725-45

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: 09/06/2022
Nome: JOSE EDUARDO DE LIMA FRANCA
CPF: 589.415.415-49

JOSE EDUARDO DE LIMA FRANCA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/06/2022
Nome: Gustavo Sousa Brito
CPF: 078.952.935-16

Gustavo Sousa Brito

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041696/21

Vítima: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

CPF: 063.606.725-45

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/06/2020

Titular do CPF: AMILTON LUIZ DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AMILTON LUIZ DOS SANTOS : 063.606.725-45

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: 08/02/2021
Nome: AMILTON LUIZ DOS SANTOS
CPF: 063.606.725-45

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/02/2021
Nome: Jackson Silva Montes
CPF: 116.083.547-09

AMILTON LUIZ DOS SANTOS

Jackson Silva Montes