
Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200356253

Vítima: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

Data do Acidente: 29/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

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 de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200356253

Vítima: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

Data do Acidente: 29/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

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

Recebedor: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000005787-8

Conta: 0000015019-3

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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

421.949.894-04

4 - Nome completo da vítima:

Carlos Antônio dos S. Laurentino

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

5 - Nome completo:

Carlos Antônio dos Santos Laurentino

6 - CPF:

421.949.894-04

9 - Número:

08

10 - Complemento:

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

R. Boa Vista

11 - Bairro:

con. Bomero cont

12 - Cidade:

Maneiza

13 - Estado:

PIB

14 - CEP:

5822-0000

16 - Tel. (DDD):

93.99921-9283

15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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:

Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0578

7

CONTA:

15019

3

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 30-09-2020

Carlos Antônio dos Santos Laurentino

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03727.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03727.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 08:55 horas do dia 15 de setembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Carlos Antonio dos Santos Laurentino**, CPF nº 421.949.894-04, nacionalidade brasileira, identidade de gênero masculino, filho(a) de Elenita dos Santos Laurentino e Manuel Gonçalo Laurentino, natural de Bananeiras/PB, nascido(a) em 21/09/1962 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Conjunto Homero Araujo, bairro Centro, tendo como ponto de referência Conjunto, na cidade de Bananeiras/PB, telefone(s) para contato (83) 98766-6168.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Jose Homero de Oliveira, Conjunto Major Augusto Bezerra, Bananeiras/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/03/20 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 29/03/2020, POR VOLTA DAS 08:00, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA BIZ DE COR PRATA, ANO 2015, PLACA NQK-0601/PB, CHASSI 9C2JC4820FR541887, REGISTRADA EM NOME DE JOSE EWERTON SOUSA DA SILVA, NA RUA JOSE HOMERO DE OLIVEIRA, CONJUNTO MAJOR AUGUSTO BEZERRA, BANANEIRAS/PB, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS AO HOSPITAL DE BANANEIRAS, ONDE FOI ATENDIDO E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM LESÕES GRAVES EM PERNA + LESÕES EM TENDÕES + LESÕES DOS DEDOS E DO TALUS, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. VALDEBAN CARVALHO JR.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 15 de setembro de 2020.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

421.949.894-04

4 - Nome completo da vítima:

Carlos Antônio dos S. Laurentino

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

5 - Nome completo:

Carlos Antônio dos Santos Laurentino

6 - CPF:

421.949.894-04

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

R. Boa Vista

9 - Número:

08

10 - Complemento:

11 - Bairro:

com. Bomero cont

12 - Cidade:

Maneiza

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

5822-0000

15 - Tel. (DDD):

93.99921-9283

16 - Tel. (DDD):

93.99921-9283

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

AGÊNCIA:

CONTA:

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0578

CONTA: 15019

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

39 - 2ª | Nome: _____

40 - Local e Data, João Pessoa, 30-09-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

BANCO BRADESCO 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: 237

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

30/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320035625303

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05787

CONTA: 000000015019

Número da Autenticação

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Requisito para simples pagamento da nota fiscalizante de energia elétrica - Nº 650.641.510



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.915.629-0

DADOS DO CLIENTE

CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO
RUA BOA VISTA 08
BANANEIRAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1062710-7

REFERÊNCIA

SET/2020

APRESENTAÇÃO

17/09/2020

CONSUMO

32

VENCIMENTO

24/09/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 13,12

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 18/09/2020

Pagador: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO CNPJ/CPF: 421.949.694-04

RUA BOA VISTA 08 - CENTRO - BANANEIRAS / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32689260001697910	000000000202009	24/09/2020	R\$ 13,12	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
 AV JOAO MACHADO, 553 / SL 127 - CENTRO
 JOAO PESSOA / PB CEP 58013-520 (AG 1)

CPF/CNPJ/RANI 058 310 264-06

Grupo CONVENCIONAL BAI: A TENSÃO / Subgrupo B3
 Classe COMMTIC B3 / Subclasse COMERCIAL
 Ligação MONOFÁSICO
 Roteiro 4 - 1 - 39 - 2760 N° Medidor 00000747980



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1313928-2

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00013139282



VALOR DA FATURA
R\$ 98,03



VENCIMENTO
18/05/2020



REFERÊNCIA
Mai / 2020



CONSUMO
118kWh

3,47 kWh
MÉDIA DIÁRIA
LEITURA
CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO										
CCI	Descrição	Quant	Taxa de Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alíq ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS (R\$) Colins (R\$)	PIS (R\$) Colins (R\$)	1,0045%	4,9055%
0001	Consumo em kWh	118	0,74550	93,37	93,37	25	23,34	93,37	1,01	4,66
0007	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS									
0007	CONTRIB SERV LUM PÚBLICA			4,66	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	Taxa de Tributos	0,545400	TOTAL	98,03	93,37	23,34	93,37	1,01	4,66
-------------------------------------	------------------	----------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

RESERVADO AO FISCO cec5.7917.c16c.062b.2d4c.60a4.2be5.698f

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Mai/19 1,5 ENTREGAS Descrição Valor (R\$) %

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.813/98.

Pelo exposto, eu Guilherme Davis de Amorim Nogueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.197.984 / 69
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Antônio dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 42.949.894 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Paulo Antônio dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 42.949.894 / 04, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Av. Gervásio Machado</u>		Número <u>553</u>	Complemento
Bairro <u>Pen Two</u>	Cidade <u>Paraná</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>58.00-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>83 999 21.9283</u>

Paraná, 16 de Setembro de 2020
Local e Data

Guilherme Davis de Amorim Nogueira
Assinatura do Declarante

REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 311945 Atd: Nao Regular
Data: 29/03/2020
Hora: 15:37:22
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE A
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2020.03.002451

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 200625088190007 Sexo: M IDENTIDADE: 1461206 Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/09/1962 Id: 57 ano(s)

End.: CONJUNTO HOMERO ARAUJO, 00

Bairro: CENTRO Cidade: BANANEIRAS UF: PB

Mae: ELENITA DOS SANTOS LAURENTINO

Pai: MANOEL GONCALO LAURENTINO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

Te. Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 1461206

Procedência: HOSPITAL MUNICIPAL DE BANANEIRAS

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO NEGA
VOMITO E DESMAIO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Leandro Gomes da Silva

Diagnostico

[] Conduta

Prescrição

[] Horario da medicacao

CARLOS ANTÔNIO DOS SANTOS LAURENTINO



Dr. Cláudio
Atendente: Marica

Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Bananeiras
Secretaria Municipal de Saúde

ENCAMINHAMENTO

Ramal: 275

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

UNIDADE DE ORIGEM: Hosp. Dr. Plácido Bezerra - Bananeiras

NOME: Carlos dos Santos Laurentino

IDADE: 57a

ENDEREÇO: Conjunto Domercio Araujo - Bananeiras

CLÍNICA: Amarela Geral - Dorão de Partes moles / Ruptura ligamentar / Fratura?

OBSERVAÇÃO: Vítima de acidente automobilístico apresentando lesão
de partes moles e perda de tecido, ruptura de ligamentos,
na parte anterior lateral a tibia esquerda. Não foram
avaliadas possíveis fraturas. SpO2: 98%, FC: 85bpm, HGT: 117mg/dL;
PA: 130x80 mmHg; HAS + Alergia a Cefalexina.

Comprometimento vascular?
MEDICAMENTOS/ PROCEDIMENTOS UTILIZADOS: Tuamal 100 mg

ANO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA:

DATA 29/03/2020

Dra. Larissa Arruda
Médica
CRM-PB 11640

ASS./CARIMBO



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Carlos Antonio Santos Data da Admissão: 29/03/2010
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Data de Nascimento: 1/1/
Escolaridade: _____

QPD: _____

HDA: 1.º. visita de adm. e
avermelhado com febre
grave em PE (B)

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____

Alimentação _____

[] HTF

Antecedentes Familiares:

HAS _____

DM _____

TB _____

NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m

IMC = _____

PA = _____

mmHg

FC = _____

FR = _____

TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

Lesão extensa em
Perna (E) de lesão de tendão
do compartimento anterior

Conduta:

At. Bloco II LMC

Dr. Valdeban Carvalho Jr.
CRM 7692 PB
Ortopedia e Traumatologia

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Carlos Antonio dos Santos</i>		Registro: <i>Laurentina</i>	
Idade: <i>57</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>Br</i>	Clínica: <i>Or</i>
Data: <i>29/03/80</i>	Cirurgião: <i>Dr. Romero Raim</i>	1º Assistente: <i>V. A. L. C.</i>	EMP: <i></i>
2º Assistente: <i></i>	3º Assistente: <i></i>	Instrumentador: <i></i>	LR: <i></i>
Anestesista: <i>Clara</i>	Tipo Anestesia: <i></i>	Horário: <i>I: ☐ T: ☐</i>	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<i>Lesão grave em perna com</i>			
<i>lesão de tendões do comparti-</i>			
<i>mento anterior da perna.</i>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<i>O mesmo</i>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<i>L.M.C. + Tenorrafia</i>			
<i>de tendões Ext. longos do dedo e do pé</i>			
<i>não tenorrafado do tendão anterior</i>			
<i>por perda do mesmo.</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico		Descreva:	
1 () Sim			
2 () Não			
Biópsia de Congelação:			
1 () Sim			
2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Ata em PPA pela Rafe
Preparação + Antissepsia
Preparo de campos estéril

Incisão:

Achados:

Lesão extensa de compartimento
anterior da perna (C)
Lesão da Tensão Tibial Anterior
Lesão de Tensão Estensor dos dedos
da Mão (C)

Conduta:

Realizada Re. M.C. com S.O.
além da
Perda de Tensão Tibial Ant. não
conseguida temporária oclusão
Tensionando Tensão dos dedos
Reduzido legamato de Tensão em
Anterior.

Fechamento:

Sutura + curativo

OBS:

Ampliação da C. Plástica
Chance alta necrose de pele.

Data:

29.03.2020

Dr. Valdean Carvalho Jr.
CRM 7692-PB
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM

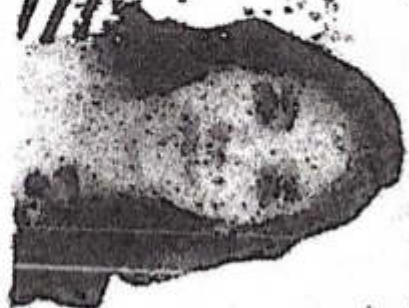
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.668.291 - 2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	15/02/2011
NOME	GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA		
FILIAÇÃO	LUIZ GONZAGA DE AMORIM MARIA DE FÁTIMA PINTO		
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
JOÃO PESSOA-PB	07/02/1985		
DOC ORIGEM	CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063		
CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB			
CPF	011.197.984-69		
João Pessoa - PB	 ASSINATURA DO TITULAR LEI Nº 7.116 DE 29/08/63		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-236
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO


 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-P. 39



Antônio Carlos de Oliveira

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4 4 6 1 2 0 6

7 JAN 1962

CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

Mameel Gonçalves Lauretino

Elenita dos Santos Lauretino

Bananeiras-PB.

21.09.1962

NACIONALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

Cert. Cas. Nº 1171, Fls. 235, Liv. 02 - Aux.

DOU. CÍVIL

B, Cart. de Bananeiras-PB.

Assinatura

CEL. ANDRÉ LAMARCA V. DE M. M. A. L.

LEI Nº 1.164 DE 25-2-63

PSE
320245



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

421.949.894 - 04

Nome

CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTI

Nascimento

10/09/1962



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200356253 **Cidade:** Bananeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO **Data do acidente:** 29/03/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA ESQUERDA COM LESÃO LIGAMENTAR. P1,2
TRAUMA DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIGAMENTAR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200356253 **Cidade:** Bananeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO **Data do acidente:** 29/03/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA ESQUERDA COM LESÃO LIGAMENTAR. P1,2
TRAUMA NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIGAMENTAR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Carlos Antonio dos Santos Leal, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua Boa Vista, nº 08, bairro Centro, Município de Manacinas, Estado de(o) PM, Cep. 5822-009, portador(a) do Rg nº 1461206, SSP/PM e CPF nº 421.949.894-04.

Outorgado: Giulliana Flávia de Almeida Nobrega, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Dr. João Machado, nº 253, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) PM, Cep. 5800-900, portador (a) do RG nº SSP/ e CPF nº

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Carlos Antonio dos Santos Leal, ocorrido em 13.1.03.2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Invalidação.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 16, de Setembro, de 2020.

Carlos Antonio dos Santos Leal
Outorgante
CPF Nº 421.949.894-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

PROCURAÇÃO

Outorgante: Carlos Antonio dos Santos Leal, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua Boa Vista, nº 08, bairro Centro, Município de Manacinas, Estado de(o) PM, Cep. 5822-009, portador(a) do Rg nº 1461206, SSP/PM e CPF nº 421.949.894-04.

Outorgado: Giulliana Flávia de Almeida Nobrega, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Dr. João Machado, nº 253, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) PM, Cep. 5800-900, portador (a) do RG nº SSP/ e CPF nº

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Carlos Antonio dos Santos Leal, ocorrido em 13.1.03.2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Invalidação.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 16, de Setembro, de 2020.

Carlos Antonio dos Santos Leal
Outorgante
CPF Nº 421.949.894-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0281067/20

Vítima: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAUREN

CPF: 421.949.894-04

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 29/03/2020

Titular do CPF: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO : 421.949.894-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/10/2020
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2020
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 companheiro(a), 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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.

NAO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)