

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: **31903424 F6** CPF da vítima: **834202823-20** Nome completo da vítima: **FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA**

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

Nome completo: **FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA** CPF: **834202823-20**

Profissão: **AGRICULTOR** Endereço: **R. PAZ JOÃO** Número: **514** Complemento: **-**

Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **ARATUBA** Estado: **CEARÁ** CEP: **62762-000**

E-mail: **francisco2017@outlook.com** Tel.(DDD): **(055) 99922272**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3957** **8** CONTA: **41285** **2**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para comprovar o 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 corridos.

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 qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não se constitui em 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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Aratuba 04-07-19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Clerton de Oliveira Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01111

CONTA: 000000089880-3

Nr. da Autenticação FF65886887AD032E

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190342476

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190342476

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190342476

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, 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, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190342476

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, 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, 21 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190342476

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, 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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190342476

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001111

Conta: 0000089880-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 834.202.823.20 Nome completo da vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

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

Nome completo: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA CPF: 834202823.20

Profissão: AGRICULTOR Endereço: PV. PAZ JOÃO Número: 51N Complemento: -

Bairro: ZONA RURAL Cidade: ARATUBA Estado: CEARA CEP: 62762.000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (085) 999282272

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL - OUL

AGÊNCIA: 3957 8 CONTA: 11285 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins 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 extensão das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia anulação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RECEBEMOS
21 MAI 2019
Marta G. F. Nogueira
Coordenadora de Erel
CPF: 21.111.111-11

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data, Aratuba 20-05-19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Francisco Clerton de Oliveira Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA



Impresso nº 2018296164

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 1805 / 2018

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **13/12/2018 08:49:18**Data / Hora da Ocorrência: **23/07/2018 05:30:00** ✓Endereço da Ocorrência: **VILA SÃO FRANCISCO**

Complemento:

Bairro: **VILA SÃO FRANCISCO** Município: **CAPISTRANO/CE**Ponto de Referência: **ALTAR DE SÃO FRANCISCO****RECEBEMOS****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA** ✓Nascimento: **17/03/1975** CPF: **834.202.823-20**CNH: **1407037565**Orgão Emissor: **DETRAN**Filiação: **MARIA ELIENE DE OLIVEIRA SILVA****FRANCISCO LIMA DA SILVA**Endereço: **SÍTIO PAI JOÃO**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **ARATUBA/CE**País: **BRASIL**CEP: **Telefone: (85) 99689-5103**

21 MAI 2019

Maria Carmineide F. Nogueira
Conselheira do Superior Exe.
CHPJ: 21.487.736/2011-02**Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **PMJ4284** Uf: **CE** Município: **GUARAMIRANGA** Chassi:**9C2KC1660FR050073** Renavam: **1051909802** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN EX** AnoFabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **VERMELHA** Proprietário: **LUCAS QUITERIA NUNES** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

A vítima informa que conduzia o veículo acima discriminado, quando ao passar pelo local citado, um cachorro atravessou na frente do veículo sendo que a vítima ao atropelar o animal, perdeu o controle do veículo e caiu ao solo. A vítima informa que ao cair, o veículo caiu por cima de sua perna direita, causando-lhe fratura no joelho direito. A vítima informa que foi socorrida por um popular até o Hospital de Capistrano, onde foi transferida para o Hospital de Aracoiaba, onde foi atendida e liberada. A vítima informa que começou a sentir fortes dores e retornou ao Hospital de Aracoiaba na data de 31/07/2018, onde foi atendido e passou por procedimento cirúrgico ficando internada até a data de 21/08/2018, quando recebeu alta.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CLÁUDIO GALL - MAT.: 106210-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Clerton de Oliveira Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

Consolidado em: 13/12/2018 09:06:17

Paula Perreira Sebastião
Delegada de Polícia Civil
Mat. 301242-1-9

Pag. 1 de 2

Consolidado em: 13/12/2018 09:06:17



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA



Impresso nº 2018296164

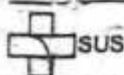
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 1805 / 2018

PAULA PEREIRA SEBASTIAO - MAT.: 30124219

RECEBEMOS

21 MAI 2019

Maria Goreteide F. Nogueira
Corredora de Serviços Externos
CNPJ: 21.487.736/0001-06



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

8 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

45 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA DA SAÚDE

2-509

FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO					
SAME 47.22	CLÍNICA C.T.	BLOCO/LEITO		CATEGORIA SUS	
NOME Fie Platon de Oliveira Silva			REGISTRO 058.046.		
NATURALIDADE Aracoiaba	SEXO mas	NASCIMENTO 14/03/75	IDADE 43	COR p.	RELIGIÃO
ESTADO CIVIL casado.	PROFISSÃO Agente de Saúde	GRAU INSTRUÇÃO Fund. Incompleto		PROCEDÊNCIA Aracoiaba	
RESIDÊNCIA Rua João J.		BAIRRO		FONE	
FILIAÇÃO Fie Lima da Silva					
NOME DO CONJUGE M = Eliane Oliveira Lima					
PESSOAA NOTIFICAR EM CASO DE URGÊNCIA M = Eliane Oliveira Lima			PARENTESCO tia		
RESIDÊNCIA		BAIRRO		FONE	
RESPONSÁVEL			PARENTESCO		
RESIDÊNCIA		BAIRRO		FONE	
DOCUMENTO APRESENTADO PARA INTERNAÇÃO US: 427.414391970006-1					
DATA DA INTERNAÇÃO 21/05/18		DATA DA SAÍDA 21/05/18		DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO	
DESTINO DADO AO PACIENTE					
TIPO		ÓBITO			
<input type="checkbox"/> 1 CURADO <input type="checkbox"/> 2 MELHORADO <input type="checkbox"/> 3 INALTERADO <input type="checkbox"/> 4 A PEDIDO <input type="checkbox"/> 5 INTERNADO PARA DIAGNÓSTICO		<input type="checkbox"/> 6 ADMINISTRATIVO (CHEFIA MÉDICA OU SUPERVISÃO DO HOSPITALAR) <input type="checkbox"/> 7 POR INDISCIPLINA <input type="checkbox"/> 8 POR EVASÃO <input type="checkbox"/> 9 PARA COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO AMBULATORIAL			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		CÓDIGO			
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIOS		CÓDIGO			
OPERAÇÃO		CÓDIGO			
ÓBITO <input type="checkbox"/> ANTES DE 24hs <input type="checkbox"/> DEPOIS DE 24hs		AUTOPSIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
OBSERVAÇÕES					
PROCEDIMENTO realizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) sem nenhum ônus para o paciente ou qualquer tipo de convênio					
Diretor do Hospital					
RECEBEMOS					
7 de MAI 2018					
Maria Gacineide F. Nobre Coordenadora de Saúde da Família CRMJ 21.437.736-0001-00					
SAME - FUNCIONÁRIO			MÉDICO ASSISTENTE - CRM		

COPIA DESTINADA AL SECTOR
DE INVESTIGACIONES
DE TRABAJO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGOIARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA
(Preencher todos os campos após a cirurgia verso e averso)

Nome do Paciente:

Diagnóstico:

Operação:

61

MATERIAL DE SALA

TIPO

9

vii

VT

65

MEDICAMENTO DE SALA

TIPO

9



Lino pro. cutimato
 u. 1st 7-5
 1 8-5
 apulho 40x12
 d. 25x7
 apulho p/ roque n. 26
 Cigarras
 Cigarros
 also out
 Stain crepon
 Stain gesso
 Lining p/ Linton n. 21
 Serrap 5m
 1 10m
 nylon 4 - P
 8 Dec 2 - D

07
02
02
02
01
02
01
01
02
04
04
01
02
02
02
02

Nº DA GIH

CIRURGIA

THESE

REG.

CÓDIGO CID

Conversão	Categoria	Detalhes
-----------	-----------	----------

□ □ □ □

Código SSM

Início

Término

Duratio

Dia

Me:

And

Dla 011

☐ Slim☐ N5c

Em minutos ci. porso, para os casos de emergência fora do horário normal e dias não úteis (preenchido).

1890-1891

References

Stages of a Business

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio

RECEBEMOS

21/04/2019

Marina Santiago
Deixada de Santiago
CNPJ 12.148.717-00/00000000
Nº 1487
3613001-15

74

Oxigênio

Assinatura da Enfermeira

Inicio Horas

Térn. Horas

Total de Horas

Assinatura Cirurgião

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190342476 **Cidade:** Capistrano **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 23/07/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO PG. 3,4.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190342476 **Cidade:** Capistrano **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 23/07/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO PG. 3,4.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Procuração

OUTORGANTE(S):

Nome: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA
Brasileiro(a), Estado Civil: CASADO, Profissão: AGRICULTOR,
Portador (a) do RG: 20076609825, Órgão Expedidor: SSP-CE,
Inscrito no CPF nº: 834202823-20, residente e domiciliado a no (a)
Rua: _____,
Nº: _____, Bairro: _____, CEP: 62762-000,
Cidade: ARATUBA, Estado: CEARÁ

OUTORGADO: FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA, Brasileiro(a),
Estado Civil: SOLTEIRO, Profissão: GUARDA MUNICIPAL, Portador(a) do RG nº:
2001021054419, Órgão Expedidor: SSP.CE, Inscrito no CPF nº: 749309663-53,
residente e domiciliado(a) no (a) na Rua: CONJUNTO PADRE PEDROSA, nº: 10,
Bairro: CENTRO, Estado: CEARÁ, CEP: 62 764.000, Cidade: MULUNGU.

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)

FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA.

ocorrido em 23 / 07 / 18, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a), representar o(a) outorgante como se o(a) própria fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar a Autorização de Pagamento/Crédito de 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

MULUNGU /CE de _____ 2018

OUTORGANTE: Francisco Clerton de Oliveira Silva

RECEBEMOS

21 MAI 2019

Maria Garcia de F. Nova
Corretora de Seguros Exat
CNPJ: 21.487.706/0001-06

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175259/19

Número do Sinistro: 3190342476

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILV.

CPF: 834.202.823-20

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 23/07/2018

Titular do CPF: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA : 749.309.663-53

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/07/2019
Nome: FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA
CPF: 749.309.663-53

FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175259/19

Número do Sinistro: 3190342476

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILV.

CPF: 834.202.823-20

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/07/2018

Titular do CPF: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA : 749.309.663-53

Comprovante de residência

Procuração

FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA : 834.202.823-20

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/06/2019
Nome: FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA
CPF: 749.309.663-53

FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175259/19

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILV.

CPF: 834.202.823-20

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 23/07/2018

Titular do CPF: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA : 749.309.663-53

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

FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA : 834.202.823-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/05/2019
Nome: FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA
CPF: 749.309.663-53

FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **3190342476** CPF da vítima: **834202823-20** Nome completo da vítima: **FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA** CPF: **834202823-20**
Profissão: **AGRICULTOR** Endereço: **AV. PAZ JOÃO** Número: **511** Complemento: **-**
Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **ARATUBA** Estado: **CEARÁ** CEP: **62762-000**
E-mail: **Jusua2017@outlook.com** Tel (DDD): **(085) 99928222**

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

RENTA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **3957** **8** CONTA: **11285** **2** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vir nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que 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.

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Clerton de Oliveira Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

13 AGO 2019

RECEBEMOS
Mário Clerton de F. Nobre
Comissário de Seguros Eire
CNPJ: 21.887.718/0001-00

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

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