

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: 17/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO MORAIS FREIRE DE CARVALHO

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00013

CONTA: 000001005515-4

Nr. da Autenticação 81A1474BF041FDE2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190703498 **Cidade:** Graccho Cardoso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO MORAIS FREIRE DE CARVALHO **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO COM PERDA PROGRESSIVA DA VISÃO E DIPLOPIA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO ASSIMÉTRICO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICO EM FORMA DE 'C' NO COURO CABELUDO A DIREITA, TÔNUS, REFLEXO, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS MEMBROS PRESERVADOS
PERICÍADO LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, FALA NORMAL.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/01/2020

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 impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS BLOS 3217 / CASA A - BLOS
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP 48920000 (40.432)



Ligação BÁSICO
Código RES MTC E / RESIDENCIAL-RESIDENCIAL
Rotam 5-430-345-7381 Referência: Out/2019
Medidor 88202249123 Emissão: 10/10/2019

ENERGISA SERPES DISTRIB ENERGI SA
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Itaipu Estada
Aracaju / SE CEP 48040-100
CNPJ 01.017.462/0001-40 Ins. Est. 270.787.408
Nota Fiscal e Conta de Energia @energi 11/0107.680.311
Cód. para Dta. Automática 00009127575

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesso: www.energisasa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ RAB
* Out / 2019	10/10/2019	08/11/2019	020.003.675-00 rec. Est

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

Contate a Orla, nossa representante virtual de Whatsapp?
Ela pode te ajudar com informações sobre sua foz,
enviar a separação da conta de energia
e explicar todos os lançamentos.
Seu e-mail: oulra@energisasa.com.br
Seu telefone: 0800 79 0196

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 10/08/18	Letura 5421 Data 10/10/19	Letura 9902		

Demonstrativo

CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base (R\$)	Alíq.	Imposto (R\$)	Base Calc. (R\$)	Pot. (R\$)	Cofins (R\$)
0001	Consumo em kWh	88.200	0,756830	66,75	08,78	25	18,88	66,78	0,80
0001	Adic. B. Variável			3,21	3,31	25	0,97	3,21	0,00
0001	Adic. B. Amortiz.			0,54	0,54	25	0,16	0,54	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIB. IM. PÚBLICA			0,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	DIÁRIO DE MÓDULO 08/2019			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0008	MULTA 08/2019			1,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0001	REST. BAIX. AMAR. RESIDENCIAL 08/2019			-0,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CD	Descrição de Classificação de Item	Tarifa	Tratado	TOTAL	00,51	70,78	17,87	76,70	0,80	2,80
----	------------------------------------	--------	---------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Nota Útil (R\$)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
80	17/10/2019	R\$ 80,51

Histórico de Consumo (kWh)

74	50	75	76	100	112	125	78	79	75	54	87
QUATE	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19

RESERVADO AO FISCO
7c58.c680.aaf.17a8.26de.123e.3e3e.d825

Indicadores de Qualidade	Limites da ANEEL	Apostado	Limite de Tensão (V)
DIÁRIA	9-18	0,00	NORMAL
QUINZENA	12-20	0,00	CONTINUA
TRIMESTRAL	24-30	0,00	CONTINUA
SEMANAL	12-20	0,00	CONTINUA
DIÁRIA	12-20	0,00	CONTINUA
QUINZENA	12-20	0,00	CONTINUA
TRIMESTRAL	12-20	0,00	CONTINUA
SEMANAL	12-20	0,00	CONTINUA
DIÁRIA	12-20	0,00	CONTINUA
QUINZENA	12-20	0,00	CONTINUA
TRIMESTRAL	12-20	0,00	CONTINUA
SEMANAL	12-20	0,00	CONTINUA

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/SE	18,00	22,36
Consumo de Energia	26,74	33,22
Serviço de Transmissão	1,78	2,21
Impostos e Contribuições	0,16	0,20
Outros Serviços	2,83	3,52
Total	80,51	100,00

Valor de R\$ 80,51 (Ref. 17/10/2019) R\$ 18,36

ATENÇÃO	Futuras em atraso
Atenção: A responsabilidade pela manutenção pública é da Prefeitura do Município.	

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 03087.893008 03406.857171 1 80450000008051

PAGADOR: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA - CPF/CNPJ: 020.003.675-00
RUA DOS BLOS 3217 / CASA A - BLOS - NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP 48920000

Nota Fiscal	Re. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
30879820003408657	0009-2787301910	17/10/2019	R\$ 80,51	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERPES DISTRIB ENERGI SA CNPJ 01.017.462/0001-40
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Itaipu Estada - Aracaju / SE - CEP 48040-100

Agência / Código do Beneficiário: 3084-5/17800054



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Marcos De Oliveira Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 000.003.675 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

marcelo marcos Freire D. Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 937.622.085 49

do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da vítima marcelo marcos Freire D. Carvalho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 937.622.085 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recusa 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>Rua Das Silas</u>	Número: <u>212</u>	Complemento: <u>Casa - A</u>
Bairro: <u>Silas</u>	Cidade: <u>Nossa Senhora da Glória</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosdegloia@gmail.com</u>	CEP: <u>49680-000</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data: Nossa Senhora da Glória; 05.12.19

Jose Marcos De Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

No. DO BE: 384528
CNS:DATA: 05/11/2018 HORA: 19:56 USUARIO: LAOREIS
SETOR: 01-CLASSIFICACAO DE RISCO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARCELO MORAIS FREIRE DE CARVALHO
IDADE.....: 39 ANOS NASC: 04/09/1979
ENDERECO.....: POVOADO PAU DE FAVA
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: ITABI UF: SE
NOME PAI/MAE...: UBIRAJARA ATTIAS FREIRE DE CAR/DEIJANIRA MORAIS DA PENHA
RESPONSAVEL....: O PROPRIO
PROCEDENCIA....: ITABI-SE
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC....: 1,385,519
SEXO...: MASCULINO
NUMERO: 0
CEP....: 49870-000
TEL....: 0799940-67
13
TRAUMA: NAO

PA: [] X mmHg [] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] EVASAO [] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Renan F. Gouveia

CRM 4652

Clinica / Ultrassonografista

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



da classificação: _____

tipo: ☐ Agudo ☐ Crônico: _____

Peso: _____ (Kg)

pressão: _____

doença Progressiva: DM ☐ HAS ☐ Cardiopata ☐ Etílica ☐ Tabagista ☐

doença Medicamentosa: ☐ Não ☐ Sim. Especificar: _____

de Medicação: ☐ Não ☐ Sim. Qual (is)? _____

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR				ESCALA DE COMA DE GLASGOW				TOTAL
RESPOSTA OBSERVADA								
Verbal (ouler)	Spontânea 4 ☐	Com Verbal 3 ☐	Lor 2 ☐	sem Resposta 1 ☐				
Verbal (ouler)	Orientada 5 ☐	Confusa 4 ☐	Palavras Inapropriadas 3 ☐	Palavras Incompreensíveis 2 ☐	sem Resposta 1 ☐			
Verbal (ouler)	Obedece ao comando 6 ☐	Localiza a dor 5 ☐	Resposta Inespecífica 4 ☐	Risco Anormal 3 ☐	Estenota a dor 2 ☐	sem Resposta 1 ☐		



ESCALA DA DOR

Tram-u-ron

SINAIS VITAIS:						
Hora	FC (bpm)	FR (rpm)	SPO2 (%)	Tem °C	PA: (mmHg)	Glicemia (mg/dl)

Assinatura do profissional

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho: ☐ Laranja: ☐ Amarelo: ☐ Verde: ☐ Azul: ☐

Catimbo e Assinatura do Enfermeiro

/Hora	Evolução de Enfermagem

2455



Lactise

consultas e exames

Relatório Médico

O paciente Marcelo Monais
Freire de Carvalho foi operado de HSDC em
11/5/2019, por TCE, com perda da consciência.

Foi operado de drenagem do hemisfério
fornal, com evolução de diplopia, cefaleia e perda
de produção da urina.

A Angio/RN mostra M.A.V. de baixo
fluxo, em área eloquente, não podendo ser ope-
rada. Deverá permanecer em tratamentos perma-
nente com a Neurocirurgia, afastando-se do tra-
balho em caráter definitivo.

CID: 696

Dr. Patrício Andrade Gomes
Neurocirurgião
CRM/SE 1412

Ass 9/7/19

Patrício Gomes
RDE 833

COMPLACEDERATION, 2000

ESTADO DE BERNABE

ALCAZAR DA BARRAGEM PARA
COORDENADORIA DE PENITENCIAS
INSTITUTO DE REABILITACAO DE CARLOS MENDES



Paulo Henrique da Silva

COMPLACEDERATION, 2000

VALPOLA H TONK COTTON DRESS - 54.42 IN

49149 TWO OF EAGLE 1 725.519 2.418 15/02/2011

FRANCESCO MONTAUDO, *Università di Cagliari*

L'ESPERANCE A L'EGARD DE L'AVENIR

DELINQUENT PEERS IN (FEM)

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

PROBABLY

Product Description

11087-001152-00730006221390010035
 01. 000000.

000 0067 . D151 . C31 . J144 / D5

800-828-6222, 800-828-6222

Figure 1

100

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1749963409

1749963409
PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE

Nº 9802253753

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: ☐ COD. RENAVAM: 829877518 ☐ R.N.T.R.C.: 000000000000 ☐ EXERCÍCIO: 2012

NOME: EDINALDO SILVA SANTOS

CPF / CNPJ: 066.588.945-31 PLACA: HZV7373

PLACA ANT. (M): HZV7373/SE CHASSI: 9C2KC0B104R062308

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CB 150 TITAN KS ANO FAB: 2004 ANO VIZ: 2004

CAP. POT. CL: 207/15CV/149CC CATEGORIA: PARTIC. DOB. PREDOMINANTE: PRETA

	COTA ÚNICA	VEÍC. COTA ÚNICA	VEND. COTAS
I PAGO	*****	1*****	
P		2*****	
V		3*****	
A			

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 106,00 PRÊMIO TOTAL (R\$): 106,00 DATA DE PAGAMENTO: 10/04/2012

OBSERVAÇÕES:

SEM RESTRICÇÕES

DIABY-SE LOCAL: DATA: 10/04/2012

SINTESE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE Nº 9802253753

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO: 2012
 CPF / CNPJ: 066.588.945-31 PLACA: HZV7373

BILHETE DE SEGURO DPVAT

SE Nº 9802253753 EXERCÍCIO: 0 DATA EMISSÃO: 10/04/2012

VIA: ☐ CPF / CNPJ: 066.588.945-31 PLACA: HZV7373

RENAVAM: 829877518 MARCA/MODELO: HONDA/CB 150 TITAN KS

ANO FAB: 2004 CAT. DOB: 9 CHASSI: 9C2KC0B104R062308

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
123,32	13,70	137,03

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IGP (R\$)	TOTAL SEGURO (R\$)
4,15	1,05	279,27

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 09/04/2012

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

NOV / 2012

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Marcelo Moraes Freire D.
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Advogado, portador da cédula
de identidade RG nº 1385519, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 937.622.085-49, residente na (endereço
completo) Rua Paz De Faria, na cidade de
Itabi, (UF) SE, CEP 49.870-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos D. D. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Advogado, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Dos Silos, na cidade de
Jr. São Da Glória, (UF) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro
amplos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Marcelo Moraes Freire D.
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Jr. São Da Glória 05.12.19



(assinatura)

Anacleto Luis Freire de Souza

(RG) 1385519

RECONHECIMENTO:
Reconheço por autenticidade a firma indicada de MARCELO MORAES
FREIRE DE CARVALHO que comparece c/ o padrão reg. nesta serventia, em 05 de dezembro de 2019.

Anne Cristelle Santana Gomes (Escrivente)
06/12/2019 09:35:41 Valor Total R\$ 8,84
Selo TJSB: 201929574026384. Acesse:
<https://www.tjse.jus.br/x/G68R2M>



AA046314

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0454720/19

Vítima: MARCELO MORAIS FREIRE DE CARVALHC

CPF: 937.622.085-49

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 05/11/2018

Titular do CPF: MARCELO MORAIS FREIRE DE CARVALHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

MARCELO MORAIS FREIRE DE CARVALHO : 937.622.085-49

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: 16/12/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: VERA LUCIA DA SILVA BERTO I
CPF: 675.189.230-68

VERA LUCIA DA SILVA BERTO I

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190703498

Vítima: MARCELO MORAIS FREIRE DE CARVALHO

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO MORAIS FREIRE DE CARVALHO

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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190703498

Vítima: MARCELO MORAIS FREIRE DE CARVALHO

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCELO MORAIS FREIRE DE CARVALHO

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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190703498

Vítima: MARCELO MORAIS FREIRE DE CARVALHO

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELO MORAIS FREIRE DE CARVALHO

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **MARCELO MORAIS FREIRE DE CARVALHO**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **047**

Agência: **00000013**

Conta: **000001005515-4**

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



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: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP 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 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 ☐ R\$1.000,00 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: 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.

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 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) ☐ 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 (se nasceu)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - 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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Banese
Card

6361 1707 6655 6147

VALIDA

013

VALIDA

01/005515-4

MasterCard

MARCELO MORAIS F. CARYAL

12/05

04/21

debito

BANESE - AUTOATENDIMENTO

DATA EMISSÃO: 13/11/2019 HORA: 10:52:14
LOCAL.....: ITABI/CASH 0151
AGÊNCIA.....: 013 - ITABI
CONTA.....: 01/005515-4
NOME.....: MARCELO MORAIS FREIRE DE CARVALHO

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULO

AGENTE ARRECADADOR: CMC 047 BANCO DO ESTADO DE
SERGIPE S.A
VALOR.....: 1.253,67 (Um mil, duzentos e
cinquenta e três reais e sessenta e sete
centavos)

REPRESENTAÇÃO NUMÉRICA DO CÓDIGO DE BARRAS

04798.00000 00013.001003
55154.047322 2 00000000000000

DATA DE PAGAMENTO.: 13/11/2019
NÚMERO DE CONTROLE: 2019111301300000333

ANEXAR ESTE RECIBO A FATURA CORRESPONDENTE

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190703498
Nome do(a) Examinado(a): Marcelo Moraes Freire de Carvalho
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Pau de Fava, S/N Casa
Area Rural Itabi SE CEP: 49870-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1385519
Data local do acidente: [05/11/2018]
Data local do exame: [08/01/2020] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO COM PERDA PROGRESSIVA DA VISÃO E DIPLOPIA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA PARA DRENAGEM DE HEMATOMA, Complicações: DIPLOPIA COM PERDA PROGRESSIVA DA VISÃO DIREITA
Data da Alta: 01/05/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO ASSIMÉTRICO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICO EM FORMA DE 'C' NO COURO CABELUDO A DIREITA, TÔNUS, REFLEXO, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS MEMBROS PRESERVADOS
PERÍCIADO LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, FALA NORMAL.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL GLOBAL NEUROLÓGICO LEVE
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 o 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Seqüela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE GRACCHO CARDOSO - GRACHO CARDOSO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 128494/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/12/2019 14:41 Data/Hora Fim: 13/12/2019 14:42
Origem: Polícia Judiciária
Delegado da Polícia: Felipe Tocori Queiroz Minas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Graccho Cardoso

Data/Hora do Fato: 05/11/2018 19:00

Local do Fato

Município: Graccho Cardoso (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: Rodovia que dá acesso ao município de Graccho Cardoso por Aquidabã

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARCELO MORAIS FREIRE DE CARVALHO (ENVOLVIDO , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Aracaju

Sexo: Masculino

Nasc: 04/09/1979

Profissão: Agente/Guarda Penitenciário

Estado Civil: Sem Informação

Nome da Mãe: Deijanira Moraes da Penha

Nome do Pai: Ubirajara Atlas Freire de Carvalho

Endereço

Município: Itabi - SE

Logradouro: Povoado Pau de Fava

Nº: S/N

Telefone: (79) 99942-0913 (Recado)

Nome Civil: EDIVANIA SILVA SANTOS MORAES (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 24/04/1986

Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Itabi - SE

Logradouro: Povoado Pau de Fava

Nº: S/N

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 066.588.945-31	Placa HZV7373
Renavam 00829677518	Número do Motor KC08E14062308
Número do Chassi 9C2KC08104R062308	Ano/Modelo Fabricação 2004/2004
Cor PRETA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Itabi	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS
Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS	Veículo Adulterado? Não

Delegado da Polícia Civil: Felipe Tocori Queiroz Minas
Impresso por: Piedvam Macedo Saraiva
Data de Impressão: 13/12/2019 14:42
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 128494/2019-A01

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Última Atualização Denatran: 16/02/2012

Situação do Veículo: NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Marcelo Moraes Freire de Carvalho

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia mencionado, por volta das 19:00h estava conduzindo sua motocicleta Honda CG 150 KS de cor preta, com sua esposa Edivania na Garupa, próximo ao Posto de Saúde do município de Gracho Cardoso, quando inesperadamente avistou dois cavalos na pista. Que o noticiante ainda conseguiu desviar de um cavalo, mas acabou por bater no outro animal. Que devido ao choque o noticiante caiu da motocicleta na pista. Que devido o choque o noticiante teve um traumatismo encefálico e leves escoriações pelo corpo. Que a esposa do noticiante teve leves escoriações pelo seu corpo. Que o noticiante não possui Carteira Nacional de Habilitação

ASSINATURAS

Piedvam Macedo Saraiva
Agente de Polícia
Matrícula 209403410714
Responsável pelo Atendimento

Marcelo Moraes Freire de Carvalho
(Comunicante / Envolvido)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável(es) pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dá origem, conforme previsto nos Artigos 330-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP 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 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 ☐ R\$1.000,00 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: 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.

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 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 (ou nascidos)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - 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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Banese
Card

6361 1707 6655 6147

VALIDA

013

VALIDA

01/005515-4

MasterCard

MARCELO MORAIS F. CARYAL

12/05

04/21

debito

BANESE - AUTOATENDIMENTO

DATA EMISSÃO: 13/11/2019 HORA: 10:52:14
LOCAL.....: ITABI/CASH 0151
AGÊNCIA.....: 013 - ITABI
CONTA.....: 01/005515-4
NOME.....: MARCELO MORAIS FREIRE DE CARVALHO

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULO

AGENTE ARRECADADOR: CMC 047 BANCO DO ESTADO DE
SERGIPE S.A
VALOR.....: 1.253,67 (Um mil, duzentos e
cinquenta e três reais e sessenta e sete
centavos)

REPRESENTAÇÃO NUMÉRICA DO CÓDIGO DE BARRAS

04798.00000 00013.001003
55154.047322 2 00000000000000

DATA DE PAGAMENTO.: 13/11/2019
NÚMERO DE CONTROLE: 201911130130000333

ANEXAR ESTE RECIBO A FATURA CORRESPONDENTE