

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: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 100,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SINVALDO DE JESUS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00059

CONTA: 000000089069-7

Nr. da Autenticação 4702213302310D8D

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039043

Data do acidente: 24/09/2019

Vítima: SINVALDO DE JESUS SANTOS

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Aracaju

UF: SE

Análise: Primeira Análise

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data: 29/01/2020 14:07:47

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO -**Internação:** Não**Tratamento:** CIRURGICO**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	100,00	100,00
Total da Análise Atual			100,00	100,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:**

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: SINVALDO DE JESUS SANTOS Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00	100,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00	100,00

TOTAL PLEITEADO: 100,00**TOTAL AVALIADO:** 100,00**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 100,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU**

Secretaria Municipal da Fazenda - SEMFAZ

Administração Tributária - Praça General Valadão, Nº 341 - Centro - CEP 49.010-520 - Aracaju/SE Telefone: (79) 3214-9080 e (79) 3214-9083

Nota: 2020000

00000593

Código Verificação

SNBC-JM1Y

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Emissão (Horário de Brasília)

11/01/2020 08:06:19

Reg. Especial Tributação

Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)

Período de Competência

01/2020

Exigibilidade do ISS

Exigível em Aracaju

Município de Prestação do Serviço

Aracaju - SE**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social

LIAC LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA

Nome Fantasia

LIAC

CPF/CNPJ

13.007.265/0002-44

Inscrição Municipal

1187051

Inscrição Estadual

Simples Nacional

Sim

Email

laclisenfse@yahoo.com.br

Incentivador Cultural

Não

Fone/Fax

(79) 3253-7200

Endereço

Rua ESPIRITO SANTO (SIQ. CAMPOS), 258, Siqueira Campos - CEP: 49075-240 - Aracaju - SE**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social

SINVALDO DE JESUS SANTOS Sexo*

CPF/CNPJ

352.619.435-15

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

E-mail

Endereço

Rua Orlando Ferreira Santos, 24, Industrial - CEP: 49065-056 - Aracaju - SE**SERVIÇO PRESTADO****0403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. CNAE: 8640202****DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

CONSULTA PARA O MESMO

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R\$)

0,00

COFINS (R\$)

0,00

INSS (R\$)

0,00

IR (R\$)

0,00

CSLL (R\$)

0,00

Outras Retenções (R\$)

0,00**VALORES**

Valor dos Serviços (R\$)

100,00

Deduções (R\$)

0,00

Desconto Incondicionado (R\$)

0,00

Base de Cálculo (R\$)

100,00

Alíquota (%)

4,9200

ISS (R\$)

4,92

ISS Retido (R\$)

Desconto Condicionado (R\$)

0,00

Valor Líquido (R\$)

100,00

Valor Total da Nota (R\$)

100,00**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Optante do Simples Nacional.

Visualizado em: 11/01/2020 08:06:21

Para validação desta NFS-e acesse: <https://aracajuse.webiss.com.br/externo/nfse/validar>

Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 3.393 de 14 de março de 2011.



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200039043

Vítima: SINVALDO DE JESUS SANTOS

Data do Acidente: 24/09/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SINVALDO DE JESUS SANTOS

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

Recebedor: SINVALDO DE JESUS SANTOS

Valor: R\$ 100,00

Banco: 104

Agência: 000000059

Conta: 0000089069-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200039043

Vítima: SINVALDO DE JESUS SANTOS

Data do Acidente: 24/09/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SINVALDO DE JESUS SANTOS

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

Informamos que o reembolso de despesas médicas e suplementares é avaliado conforme critérios de análise praticados pelo mercado e tendo como limite mínimo os valores constantes na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser ou não reembolsado em sua totalidade, observando-se o limite da cobertura.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032952/20

Vítima: SINVALDO DE JESUS SANTOS

CPF: 352.619.435-15

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/09/2019

Titular do CPF: SINVALDO DE JESUS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

SINVALDO DE JESUS SANTOS : 352.619.435-15

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: SINVALDO DE JESUS SANTOS
CPF: 352.619.435-15

SINVALDO DE JESUS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: PAOLA LARISSA BREDAS
CPF: 071.930.319-29

PAOLA LARISSA BREDAS



RELATÓRIO MÉDICO

Hospital de Saúde

NOME DO PACIENTE: Siavaldo de Jesus Santos
DATA DA ENTRADA: 24 / 09 / 19
DATA DA SAÍDA: 24 / 09 / 19 57a H = 12:25h

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS (X) ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente de trânsito sem alteração ou vômito
A, B, C e D = sem alterações
E - lesas lábios - contusas de lentes paraf - 3º dedo mão (Esquerda)
Diagnóstico = Politrauma
Conduta = cepalotoma + Exame + Análise
Análise de Detecção - Trauma físico - contuso na mão (E), lesas cortico - contusa
de dedo médio esquerda // lesas tendões externa
Soluções av da Cir. plástica

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

HISTÓRICO CLÍNICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografia - mão (E) 2P.
Rad. de Torax - Análises - normais

MÉDICOS ASSISTENTES:

João F. Alves - CRM - 2486
Fátima Pereira - CRM - 2056

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 12 de novembro de 2019

Hélio Sampaio F. de C. Júnior
MÉDICO - CRM-SE 1745

25/09/19

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 57217
CNS:

DATA: 24/09/2019
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 12:25
USUARIO: CMSLEITE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: SINVALDO DE JESUS SANTOS

: 57 ANOS NASC: 16/09/1962

: RUA ORLANDO FERREIRA

: 708407213413364 BAIRRO: INDUSTRIAL

: ARACAJU

: OSVALDO DOS SANTOS

: TRAZIDO PELO SAMU - FILHO - JOAO

: INDUSTRIAL

: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

: NAO

: NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

SEXO: MASCULINO

NUMERO: 24

CEP....:

/ALEIRA DE JESUS PEREIRA

TEL....: 0799870722

0

TRAUMA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: *queixas de dor no abdome com trauma por acidente motociclistico com lesao de intestino delgado e uñito. ABCD: x*
DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1/1/19*

DA ENFERMAGEM: *E = lesao contusa com lesao de intestino delgado e uñito, no 3*

AGNOSTICO: *trauma*

CID: T02

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Tratado com analgesico e antiemeticos. Evolucao satisfatoria. Prescricao de analgesico e antiemeticos.

EXAME DE RADIOLOGIA - HUJ
REALIZADO EM 24/09/19
AS 13:06 HORA

TA DA SAIDA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

IA (UNIDADE DE SAUDE):
ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA *Fátima S. Pereira*
CRM 2056 [] ANAT. PATOL

Cirurgia Geral / Endoscopia

NATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Ex de mat Psiquiatria PA-obliqua
em primeira linha

24/09/19 - Pale. de J. J. J. J. J.

Primeira estrutura no nível superior.
A estrutura basal do nível superior.
Um ponto de referência
e espera-se interpretar a linha de tendência elevando
seleção para a linha prática.

44h # Cirurgia geral #

Realizar = 2 incisões quadradas
2 incisões, uma para a mão e
2 incisões, uma para a perna.

g: Análise da cirurgia plástica
(segundo ortopedia).

João Ferreira
Ortopedia e Trauma
CRM-SE 2488

Fátima S. Pereira
CRM 2056
Cirurgia Geral / Endoscopia

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE CIRURGIA DA MÃO HOSPITAL SOCORRO
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

DATA: 4 / 12 / 2019

NOME: Vinícius A. dos Santos

DIAGNÓSTICO(S): _____

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	SND
2º. Gelco Salinizado	em uso
3º. Keflin 1 g EV 6/6hs ou Kefazol 1 g EV 8/8hs	sem receita
4º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV 6/6hs	18 24 06 12
5º. Profenid 100 mg + 100 ml SF 0,9 % EV 12/12hs.	20 08
6º. Omeprazol 40mg vo 1x dia.	06
7º. Nausebron 1 amp Ev de 8/8 hs S/N	SNS
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV 8/8hs LENTO	24 08 16
9º. Membro superior elevado e observação rigorosa da perfusão distal	9.15
10º. Sinais vitais e cuidados gerais de 4 em 4 horas	20 24 04 08 12
11º. Alta após as 19 horas com receita e acompanhante	Alento
<div> <div>Dr. Luiz Mitidieri Junior</div> <div>Ortopedia / Traumatologia</div> <div>Cirurgia da Mão</div> <div>CRM 3793</div> </div>	
<div> <div>Kátia Matos S. de Alcântara</div> <div>Enfermeira</div> <div>CORENISE 465.969</div> </div>	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Médica

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1650994126



NOME
SINVALDO DE JESUS SANTOS

DOC. IDENTIDADE - ORG. EMISSORA
685736 SSP SE

CPF
352.619.435-15 DATA NASCIMENTO
16/09/1962

FILIAÇÃO
OSVALDO DOS SANTOS

ALMA MATER
ALMA MATER DE JESUS
PEREIRA

PERMISSÃO
ACC CAT HAB
AB

Nº REGISTRO
06864292459 VALIDEZ
27/06/2023 1ª HABILITAÇÃO
21/06/2017

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

PROIBIDO PLASTIFICAR
1650994126

Assinatura do Portador
Sinvaldo de Jesus Santos

LOCAL
ARACAJU, SE DATA DE EMISSÃO
25/06/2018

Assinatura da Diretora Presidente
Luziana Cândida Dêda Chagas de Melo
40550858368
SR021025169

ASSINATURA DO EMISSOR
SERGIPE



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 106440/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/10/2019 09:11 Data/Hora Fim: 10/10/2019 09:39
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito
Data/Hora do Fato: 24/09/2019 11:15

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)
Logradouro: Rua Itabalana
Complemento: Próximo ao quartel da Polícia Militar

Bairro: Centro

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SINVALDO DE JESUS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Capela	Sexo: Masculino	Nasc: 16/09/1962
Profissão: Armador			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Aleira de Jesus Ferreira			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 352.619.435-15

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: Rua Orlando F. dos Santos
Bairro: Industrial
Telefone: (79) 98844-5485 (Celular)

Nº: 24

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)
--

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Endereço

Município: Aracaju - SE
Telefone: (79) 98812-9660 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 311.523.505-44	Placa JHV4068
Renavam 00118225740	Número do Motor D4DH760Q044996
Número do Chassi 93YBSR1RH9J185760	Ano/Modelo Fabricação 2009/2008
Cor PRATA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo RENAULT/SANDERO EXP1016V



Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Laércio Figueiredo da Souza
Data de Impressão: 10/10/2019 09:40
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 106440/2019

Modelo RENAULT/SANDERO EXP1016V	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 19/12/2018	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocideta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 352.619.435-15	Placa QKQ5333
Renavam 01041848673	Número do Motor KC16E6F031418
Número do Chassi 9C2KC1660FR031418	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor VERMELHA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX
Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 30/04/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Sinvaldo de Jesus Santos	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia, local, e horário acima mencionados estava passando pela rua do lado direito da via quando foi surpreendido pelo carro Sanderero que vinda pela esquerda da via, contornando à direita da via para entrar em um estacionamento, que por isso veio a colidir com sua moto Honda/CG que estava do lado direito. Devido ao impacto rompeu o ligamento dos dedos da mão esquerda. Por fim declarou que não tem interesse em processar criminalmente contra o autor/infrator.

ASSINATURAS

Agente de Polícia Judiciária
Laércio Figueiredo de Souza

Laércio Figueiredo de Souza
Agente de Polícia
Matrícula: 640918
Responsável pelo Atendimento

Sinvaldo de Jesus Santos
Sinvaldo de Jesus Santos
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente com poderes responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denunciação 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:

002.619.435-15

4 - Nome completo da vítima:

Simão de Jesus Santos

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

5 - Nome completo:

Simão de Jesus Santos

6 - CPF:

002.619.435-15

7 - Profissão:

Almador

8 - Endereço:

Rua Orlando Ferreira dos Santos

9 - Número:

23

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Industrial

12 - Cidade:

Macaji

13 - Estado:

Sergipe

14 - CEP:

49065-036

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(71) 3222-0817

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\$1.00 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:

0059

CONTA:

89069-

7

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.

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:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Macaji - SE, 27.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)