

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: 00000089069-7

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

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



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, 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/09/2019

Titular do CPF: SINVALDO DE JESUS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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, tomado 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SINVALDO DE JESUS SANTOS

PAOLA LARISSA BREDA



RELATÓRIO MÉDICO

Hospital de Saúde
Presidente Getúlio Vargas

NOME DO PACIENTE: Silvando 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 () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente de trânsito seu desenho ou rosto

A, B, C e D = seu alteração?

E - lesões faciais - contusão de tendão parcial - 3º dedo da mão (Esquerda)

D. queimadura = Politurmar

Conduta = cepalotomia + Exame + Anestes.

Anestesia de Ortopedia → Trauma ótico - contuso na mão (E), lesões cortico-contusa
de dedo médio biceps II tendão extensor externo

Solução em da Cir plástica

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

HISTÓRICO CLÍNICO

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografia - mão (E) 2P.

Rad. de Tórax - Aráculos - normais.

MÉDICOS ASSISTENTES:

João F. Alves - CRM - 2486

Fátima Ferreira - CRM - 2056

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

ARACAJU, 12 de novembro de 2019

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

25/09/19 - Paciente comum, oggi, nas urgências - curvas, sang

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 57217
CNS:

DATA: 24/09/2019 HORA: 12:25 USUÁRIO: CMSLEITE
SETOR: 06-SUTURA

NUCLEO DE
EPIDEMICO
DIA DOC

SEXO: MASCULINO
NUMERO: 24

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: SINVALDO DE JESUS SANTOS
.....: 57 ANOS NASC: 16/09/1962
.....: RUA ORLANDO FERREIRA
MENTO...: 708407213413364 BAIRRO: INDUSTRIAL
LÍPIO....: ARACAJU UF: SE CEP...:
PAI/MAE...: OSVALDO DOS SANTOS /ALEIRA DE JESUS PEREIRA
ESPOSAVEL...: TRAZIDO PELO SAMU - FILHO - JOAO TEL...: 0799870722
ROCEDENCIA...: INDUSTRIAL
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

3 DA ENFERMAGEM: _____

AGNOSTICO: _____

CID: TOZ

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

EXAME DE RADILOGIA - HU:
REALIZADO EM 24/09/19

AS 13:06 HORA

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

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

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

Fátima S. Pereira CRM 2056 [] ANAT. PATOL
Cirurgia Geral / Endoscopia

NATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

→ Lx da mat Psgm PA-oblige &
↳ em frimian h-ent

24/09/19 - fel. Trajedix:

Fixar contorno no ant. fsgm.
as artroses sono do tipo menisco, fsgm
em ponto de inserção e apesar da infiltração clínica não tendo exame
sóliido para o diagnóstico.

44m # lesão basal #

Relevo = ✓ fissões frágeis

✓ fissões profundas

✓ fissões peripartitárias

SS: Hessídeo Arágua placa
(segundo ortopédica).

João Ferreira
Ortopedia e Traum
CRM-SE 2486-7

Fátima S. Pereira
CRM 2056
Cirurgia Geral / Endoscopia

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

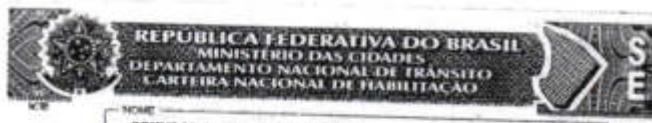
DATA: 4 / 17 / 2019

NOME: Simone

DIAGNÓSTICO(S): _____

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	SND
2º. Gelco Salinizado	em uso
3º. Keflin 1g EV 6/6hs ou Kefazol 1g EV 8/8hs	sem receita
4º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV 6/6hs	18 21 06 13
5º. Profenid 100 mg + 100 ml SF 0,9% EV 12/12hs.	20 08
6º. Omeprazol 40mg vo 1x dia.	06
7º. Nauseodron 1 amp Ev de 8/8 hs S/N	SOS
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	gratis
10º. Sinais vitais e cuidados gerais de 4 em 4 horas	20 24 04 08 12
11º. Alta após as <u>19</u> horas com receita e acompanhante	Ciente Kátia Matos S. de Alcântara Enfermeira COREN/SE 165.969

EVOLUÇÃO MÉDICA:



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1650994126

PROIBIDO PLASTIFICAR

1650994126

NOME SINVALDO DE JESUS SANTOS		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 685736 SSP SE		
CPF 352.619.435-15	DATA NASCIMENTO 16/09/1962	
FUNÇÃO OSVALDO DOS SANTOS		
ALEIRIA DE JESUS PEREIRA		
PERMISSÃO [REDACTED]	ACD [REDACTED]	CAT HABITACAO AB
Nº REGISTRO 06864292459	VALIDADE 27/06/2021	1ª HABILITAÇÃO 21/06/2017



OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO:

Sinvaldo de Jesus Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO
25/06/2018

Luziana Cândida Dida Chagas de Melo
Luziana Cândida Dida Chagas de Melo
DIRETORA PRESIDENTE

40550858368
SE021025169

ASSINATURA DO INSSER

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)

Bairro: Centro

Logradouro: Rua Itabaiana

Complemento: Próximo ao quartel da Polícia Militar

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 Fereira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 352.619.435-15

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nº: 24

Logradouro: Rua Orlando F. dos Santos

Bairro: Industrial

Telefone: (79) 98844-5485 (Celular)

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



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 Motocicleta/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 Sandero 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
Delegado Figueiredo de Souza

Laércio Figueiredo de Souza
Agente de Polícia
Matrícula 640916
Responsável pelo Atendimento

Sinvaldo de Jesus Santos

Sinvaldo de Jesus Santos
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu (a) responsável pelas informações acima assentadas e fico com pleno responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei em origem, conforme previsto nos Artigos 338-Comunicação 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:

352.619.425-15

4 - Nome completo da vítima:

Gimaldo de Jesus Santos

RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Gimaldo de Jesus Santos

6 - CPF:

352.619.425-15

7 - Profissão:

Líma deor

8 - Endereço:

Rua Orlando Ferreira dos Santos

9 - Número:

23

11 - Bairro:

Industrial

12 - Cidade:

Macajá

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

29400-036

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(71) 3022-0812

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)

AGÊNCIA: 0059

CONTA:

59069-

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

Sim

Não

nascituro (não nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Macajá - SE, 27.12.2019

Gimaldo de Jesus Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)