

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

08/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

319017133201

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DAMIAO DE LIRA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04147

CONTA: 000001016806

Número da Autenticação

8F821AC2809E71CD

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190171332

Cidade: Santa Cruz do Capibaribe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE DAMIAO DE LIRA

Data do acidente: 07/12/2018

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

507320
0069 267/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 12ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

19/02/2019 13:2

2 of 2

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218000672**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/02/2019** às
14:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumada)
que aconteceu no dia **7/12/2018** às **11:51**

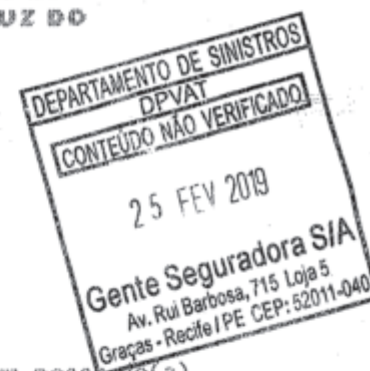
Fato ocorrido no endereço: **PE-100 - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR /AGENTE)
JOSE DAMIAO DE LIRA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JOSE DAMIAO DE LIRA**



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**JOSE DAMIAO DE LIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
ANUNCIADA DE LIRA Data de Nascimento: 7/1/1978 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**

**Residencial: RUA SAO JUDAS TADEU - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO
/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 02, PALESTINA -
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO
/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE DAMIAO DE LIRA, que
estava em posse do(a) Sr(a): JOSE DAMIAO DE LIRA**

**Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEP8931** (PERNAMBUCONÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E VEIO A CAIR SOFRENDO VARIAS LESOES PELO CORPO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Jose Danicio de Lira
JOSE DANICAO DE LIRA
(VITIMA)



B.O. registrado por: JOSE MARCOS BATISTA DA SILVA Matrícula: 319538-8

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife / PE CEP: 52011-040

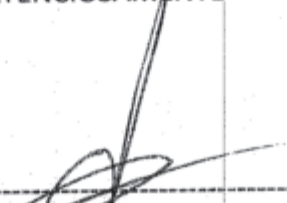


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **JOSÉ DAMIÃO DE LIRA** nascido em 07/01/1976 esteve nesta unidade hospitalar no dia 07/12/2018 por volta das **11h51min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 15 de FEVEREIRO de 2019.

ATENCIOSAMENTE



JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043



José Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 514391

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

Handwritten mark

JOSE VIEIRA FILHO

VIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
11 196 515/0001-25 CNES: 7764480 FONE:(81)99982-5994 CEP:55190-000

Local de Atendimento - Entrada do Paciente

Local de Atendimento: 0169210 07/12/2018 11:51:38
Nome: JOSE DAMIÃO DE LIRA
Sexo: M D. Nasc.: 07/01/1976

Código: 0173304
SUS: 160524294870006
Idade:
CPF:

Endereço:
Mãe: MARIA ANUNCIADA DE LIRA
Pai:
Logradouro: R- SÃO JUDAS TADEU Nº 02
Cidade: PALESTINA
Estado: PERNAMBUCO CEP:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Fone:

Pressão Arterial: 160 x 90
Temperatura: _____

Pulso: _____
Peso: _____

CÓPIA AUTORIZADA

Histórico da Doença atual:

paciente de 70 anos de idade, com queixa de dor em tornozelo

Exame Físico:

57

Exame Provisório:

clínica e exames atuais



Diagnóstico: *Rx de tornozelo com alterações compatíveis com artrose*

12/19
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

Localização do Paciente: Data: _____ Hora: _____

Localização e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Assinatura do Médico: Ao Rx de tornozelo de Filizela (i) e do atendente. com marca -HRA- 5575787-

Nível de Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____

Doenças preexistentes: _____

Sinais: _____

Medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Cianose (); Estridor (); PC <50>140 (); FR >32vpm (); Extremidades frias (); Pulso Fraco ();
Sopro Ausente (); Sudorese (); PAS <80mmhg (); PAD >130mmhg (); Letargia (); Convulsionando ();
Inconsciente ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave ();
Edematosas >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Classificado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >190mmhg ();
PAD >130 (); Febre >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24 horas ();
Mucosas ressecadas ();
Edematosas entre 1° e 30 graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa ();
Dor até 72h de: Hematêmese (); Enterorragia (); Epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/ material biológico ();

CLASSIFICAR COMO VERDE

Classificado com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos ();
Dor intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, luxações (); Dor abdominal
alterações de SSW (-10); PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg
sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();

Queda de moto / dor em pé D

CLASSIFICAR COMO AZUL

Doenças crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ();
Dor crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1° grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou retirada
de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas ();
Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA () AMARELA () VERDE (X) AZUL ()

PROFISSIONAL: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()



ASSINATURA DO ENFERMEIRO

*Paciente evoluiu-se da
Unidade, recusando
transferência. JHO.*



ATENDIMENTO URGENCIA PRONT (B.E) Nº: 1789119 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/12/2018 Boletim de Emergencia (B.E) - Modelo 07 Atendente: Francinalva Almeida Torres

PACIENTE: JOSE DAMIAO DE LIRA CEP:58463000 Nascimento:07/01/1978 Endereco:SITIO MANISSOBA Sexo:M Telefone: 981686991 Cidade: Santa Cecilia Idade:040 Bairro:ZONA RURAL Nome da Mãe: MARIA ANUNCIADA DE LIRA RG: 5180483 Nº:0 Responsavel: DANIELE CPF: 02290099481 Profissao:AGRICULTOR Estado Civil:Divorciado(a) Data de Atend:07/12/2018 CNS:160524291870006 Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 16:19:59 CONVENIO:SUS Medico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESAO (Identifique o local com o numero correspondente ao lado)



- 1. Abrasão 19. Fratura óssea fechada 2. Amputação 20. Fratura óssea aberta 3. Avulsão 21. Hematoma 4. Contusão 22. Ingurgitamento Venoso 5. Crepitação 23. Laceração 6. Dor 24. Lesão tendinosa 7. Edema 25. Luxação 8. Empalhamento 26. Mordedura 9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal 10. Esmagamento 28. Objeto Encravado 11. Equimose 29. Otorragia 12. F. Arma branca 30. Paralisia 13. F. Arma de fogo 31. Parestia 14. F. Cortado 32. Parestesia 15. F. Cortante 33. Queimadura 16. F. Corto-contuso 34. Rinorragia 17. F. Perfuro-contuso 35. Sinais de isquemia 18. F. Perfuro-cortante 36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMARIO - DA CLINICOS Quebra de moto q trauma em perna (B)

Stamp: Genle Seguradora S/A, 25 FEV 2019, DEPARTAMENTO DE SINISTROS, CONTEUDO NÃO VERIFICADO

ALERGIA: MEDICAMENTOS: PATOLOGIAS: EXAME FISICO: PUPILAS () Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas () Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS: () Laboratoriais () Ultrassonografia: () Gasometria arterial () Radiografias: () Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO: Especialista: / às : Dia / / Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Table with columns: Nº, PRESCRIÇÕES E CONDUTAS, HORÁRIO REALIZADO. Includes handwritten 'RAIO X REALIZADO EM: 07/12/18'

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: [Signature]

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

PROIBIDO PLASTIFICAR

1677571565

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1677571565



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
CAIXA DE PENSÕES E APOSENTADORIA DO BRASIL

NOME
JOSE DAMIAO DE LIRA



DOC. IDENTIDADE / CÔD. EMISSOR: UF
5180483 89P PE

CPF
022.900.994-81

DATA NASCIMENTO
07/01/1976

FILIAÇÃO
INACIO DAMIAO DE LIRA
MARIA ANUNCIADA DE LIRA

PERIODO DE VALIDADE
ACC. CAT. HAB. AB

N. REGISTRO
05.59816.21

VALIDADE
25/06/2019

HABILITAÇÃO
21/10/2010

OBSERVAÇÕES

Jose Damiao de Lira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAPIMINIS, PE

DATA EMISSÃO
26/06/2018

J.P. de Lira
Lilias Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Financeiro
ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

18885108224
PE086535331

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 1º and.
Gracas - Recife/PE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE DAMIAO DE LIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 5.180.483 SSP-PE CPF : 022.900.994-81
DATA DO ACIDENTE: 07/12/2018
COBERTURA : INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSE DAMIAO DE LIRA
ENDEREÇO: RUA STA TEREZINHA – 97 – PALESTINA I – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA: ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).



PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 21 DE FEVEREIRO DE 2019.

Jose Damiao de Lira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA



Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) JOSE DAMIAO DE LIRA.
Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 21/02/2019 - Total: 4,79.
Em Testemunho _____ da verdade
Jacqueline Lima da Silva Souza - Escrevente
Selo(s): 0159467, 022201903, 03707.
* Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital *

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0069267/19

Vítima: JOSE DAMIAO DE LIRA

CPF: 022.900.994-81

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 07/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE DAMIAO DE LIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE DAMIAO DE LIRA : 022.900.994-81

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: 25/02/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/02/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190171332

Vítima: JOSE DAMIAO DE LIRA

Data do Acidente: 07/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE DAMIAO DE LIRA

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 tornozelo 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: **JOSE DAMIAO DE LIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **033**

Agência: **000004147**

Conta: **000001016806-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 022.900.994-81 Nome completo da vítima: Jose Damiano de Lira

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

Nome completo: Jose Damiano de Lira CPF: 022.900.994-81

Profissão: R. ind. Endereço: R. Sta. Teresinha Número: 97 Complemento: Cara

Bairro: Palästina I Cidade: 07º Cruz do Cap. Estado: PE CEP: 55190050

E-mail: _____ Tel.(DDD): 81 91613907

DADOS CADASTRAIS

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 4147 CONTA: 01016806

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

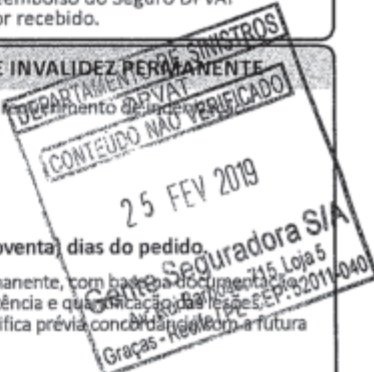
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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 nos documentos apresentados, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: 07º Cruz do Cap. - PE 21/02/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Damiano de Lira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.**