



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1011013/2018.

NOME: ALBERES CARLOS DA SILVA.

Foi atendido às 21h37 do dia 12.08.2018.

Diagnóstico provável: TCE

Rachar de cerebros e

(colisão auto-carro).

Tratamento realizado: cirurgia + fisioterapia em
função.

TAC cerebros, TAC de crânio, TAC coluna
de tórax, de pelve, de lombo, de tornozelo e
de joelho.

Obs. alta em 31/08/18

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 23/10/18.

SES - Hospital da Restauração
Dr. Carlos Paiva
Médico do SAME
CRM: 22446

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: ALBERES CARLOS DA SILVA	PRONTUÁRIO: 8715	ATENDIMENTO: 01011275
DATA DE NASCIMENTO: 07/10/1979	FOI ATENDIDO EM: 12/08/2018 Às	
	DATA DA ALTA: 31/08/2018 ÀS 09:10	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM FRATURA DE ACETABULO E cid s.72

Tratamento Realizado:

realizado tratamento conservador

Observação:

afastamento suas atividades durante 60(sessenta) dias
prescrevo analgesia + pregabalina
30 dias de cadeira de rodas+ 30 dias de andaja+ 30 dias muletas

Encaminhado para:

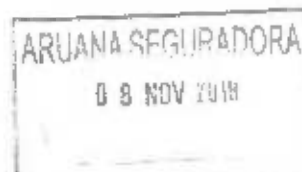
retornar ao ambulatorio Dr Francisco de Assis em 3 semanas

SANDRO ALEX PEREIRA ROLIM DE ARAUJO - CRM: Nº.26524

Recife, 31, AGOSTO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



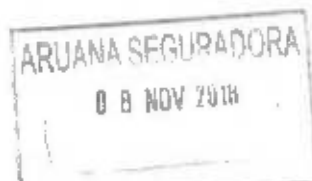
Informações do Atendimento

Consulta.....: 17/09/2018 7:00 Hr
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Médico.....: 360 - FRANCISCO DE ASSIS BEZERRA FILHO
Agenda.....: 41992

Informações do Paciente

Paciente.....: 8715 Same.....:
Nome.....: ALBERES CARLOS DA SILVA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 31815453 / Celular: () - Nasc.....: 07/10/1979
Endereço.....: ALTO JOSE BONIFACIO, 0 - CASA AMARELA - RECIFE - PE - Cep: 52140290
Cidade.....: RECIFE

Agendado por: DIEGONR



Recetário Controle Especial

Identificação do emitente			
NOME COMPLETO:		CRM:	
SANDRO ALEX PEREIRA ROLIM DE ARAUJO		26524	
UF:	NÚMERO:	Endereço:	
PE	S/N	AV. AGAMENON MAGALHÃES	
BAIRRO:	FONE:	CIDADE:	UF:
DERBY	3181-5400	RECIFE	PE

Paciente:

ALBERES CARLOS DA SILVA

Endereço paciente:

ALTO JOSE BONIFACIO

Prescrição:

pregabalina 75mg

tomar 1 cp vo 12/12 horas durante 30 dias

flancox 500mg

tomar 1 cp vo 12/12 horas durante 5 dias

Xarelto 10mg

tomar 1 cp, 1 x dia, por 30 dias

Data: 31/08/2018

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador	
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor
Assinatura do Farmacêutico
Data:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

EXAMES COMPLEMENTARES



Nome:	ALBERES CARLOS DA SILVA	Idade:	
Registro:	861616	Box/Leito/Enfermaria:	
Exames Solicitados:	- 201811031 de PNEUMONIA		
Dados Clínicos:	luxação do quadril		
Data:	17/09/18	Hora:	
Ass. Carimbo/Requisitante		Ass. Carimbo/Requisitante	

Produzido no Gráfico Hospitalar Alto Nível

COD. 0127

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: ALBERES CARLOS DA SILVA

CPF: 020.427.694-28 DATA NASCIM: 07/10/1979

RAÇÃO: JOSÉ CARLOS DA SILVA
MARTA DE LOURDES DA SILVA

PERMISSÃO: [] AGE: [] CMT. HEB: []

SP. REGISTRO: 02338178972 VIGÊNCIA: 07/03/2021 EXPIRAÇÃO: 15/05/2023

Observações:
Exercício Ativo Remunerado

Assinatura do Titular: [Assinatura]

LOCAL: RECIFE - PE DATA EMISSÃO: 26/06/2018

Assinatura do Diretor: [Assinatura]

54820863319
98471708103

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: ALBERES CARLOS DA SILVA

CPF: 020.427.694-28 DATA NASCIM: 07/10/1979

RAÇÃO: JOSÉ CARLOS DA SILVA
MARTA DE LOURDES DA SILVA

PERMISSÃO: [] AGE: [] CMT. HEB: []

SP. REGISTRO: 02338178972 VIGÊNCIA: 07/03/2021 EXPIRAÇÃO: 15/05/2023

Observações:
Exercício Ativo Remunerado

Assinatura do Titular: [Assinatura]

LOCAL: RECIFE - PE DATA EMISSÃO: 26/06/2018

Assinatura do Diretor: [Assinatura]

54820863319
98471708103

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

ARUANA SEGURADORA
09 NOV 2018

5.043.690 17/09/2011

<< ALBERES CARLOS DA SILVA >>
<< JOSÉ CARLOS DA SILVA >>
<< MARIA DE LOURDES DA SILVA >>

RECIFE - PE 07/10/1979

<< CC.24413-L.41/B-F.170V-CART. SEDE
OLINDA-PE, 13.03.1998 >>

020.427.694-28

ASSINATURA DO DIRETOR
15/07/18 DE 2018



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

EXAMES COMPLEMENTARES



Nome: <i>Alberes Carlos da Silva</i>	Idade:	
Registro: <i>801616</i>	Box/Leito/Enfermaria:	Clinica/Setor:
Exames Solicitados: <i>201911031 de fisiologia</i>		
Dados Clínicos: <i>luxação do quadril</i>		
Data: <i>17/09/18</i>	Hora:	Ass. Carimbo/Requerente: <i>Ass. de adm. B. F. C. Ortopedia / Traumatologia CRM: 9372</i>

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0127

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
UNIAO DE REPUBLICAS DO BRASIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME ALBERES CARLOS DA SILVA		
DOC. IDENTIFIC. ORA. TERC. 1ª 5043690-089 PE		
CPF 020.427.694-28	DT. NASC. 07/10/1979	
FUNÇÃO JOSÉ CARLOS DA SILVA		
NOME DE LOURDES DA SILVA		
PROFISSÃO PROFISSIONAL	DATA DE EXAME 07/09/2011	VALIDADE 13/09/2012

EXAME Ativ. Comparada	
<i>Alberes Carlos da Silva</i>	
LOCAL RECIFE - PE	DATA DO EXAME 20/04/2018
<i>[Assinatura]</i>	
BETAN - PE/PERNAMBUCO	

ARUANA SEGURADORA
08 NOV 2018

5.043.690	17/09/2011
<< ALBERES CARLOS DA SILVA >>	
<< JOSÉ CARLOS DA SILVA >>	
<< MARIA DE LOURDES DA SILVA >>	
RECIFE - PE	07/10/1979
<< CC.24413-L.41/B-F.170V-CART,SEDE OLINDA-FE,13.03.1999 >>	
020.427.694-28	
ASSINATURA DO DETENTOR	



ARUANA SEGURADORA
3 6 NOV 2018

D
601/4

HOSPITAL DA RESTAURACAO - PI

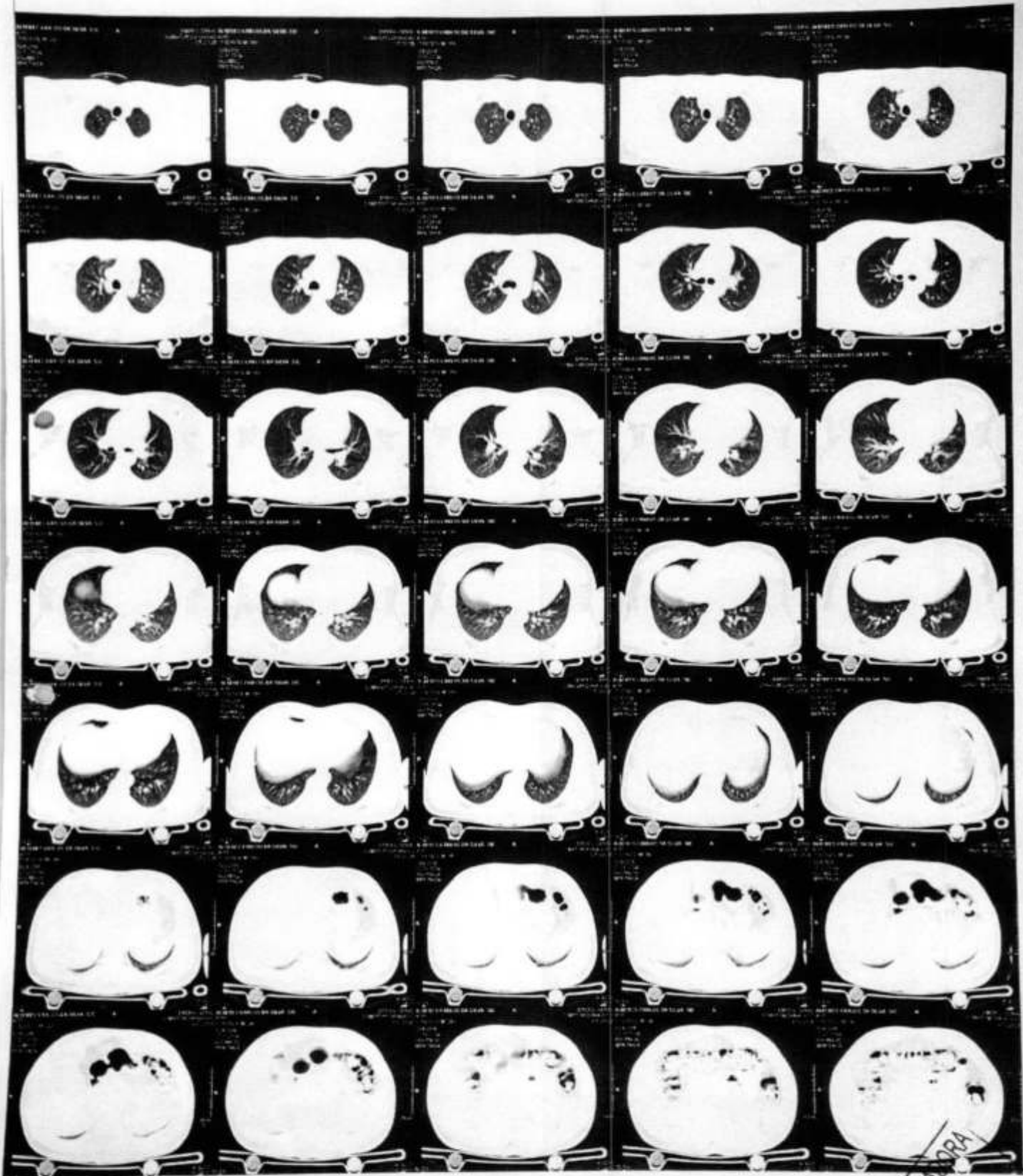




Nome: ALBERES CARLOS DA SILVA
HOSPITAL DA RESTAURACAO - PE

ARUANA SEGURADORA
3 0 NOV 2018
1

Scanned by CamScanner



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

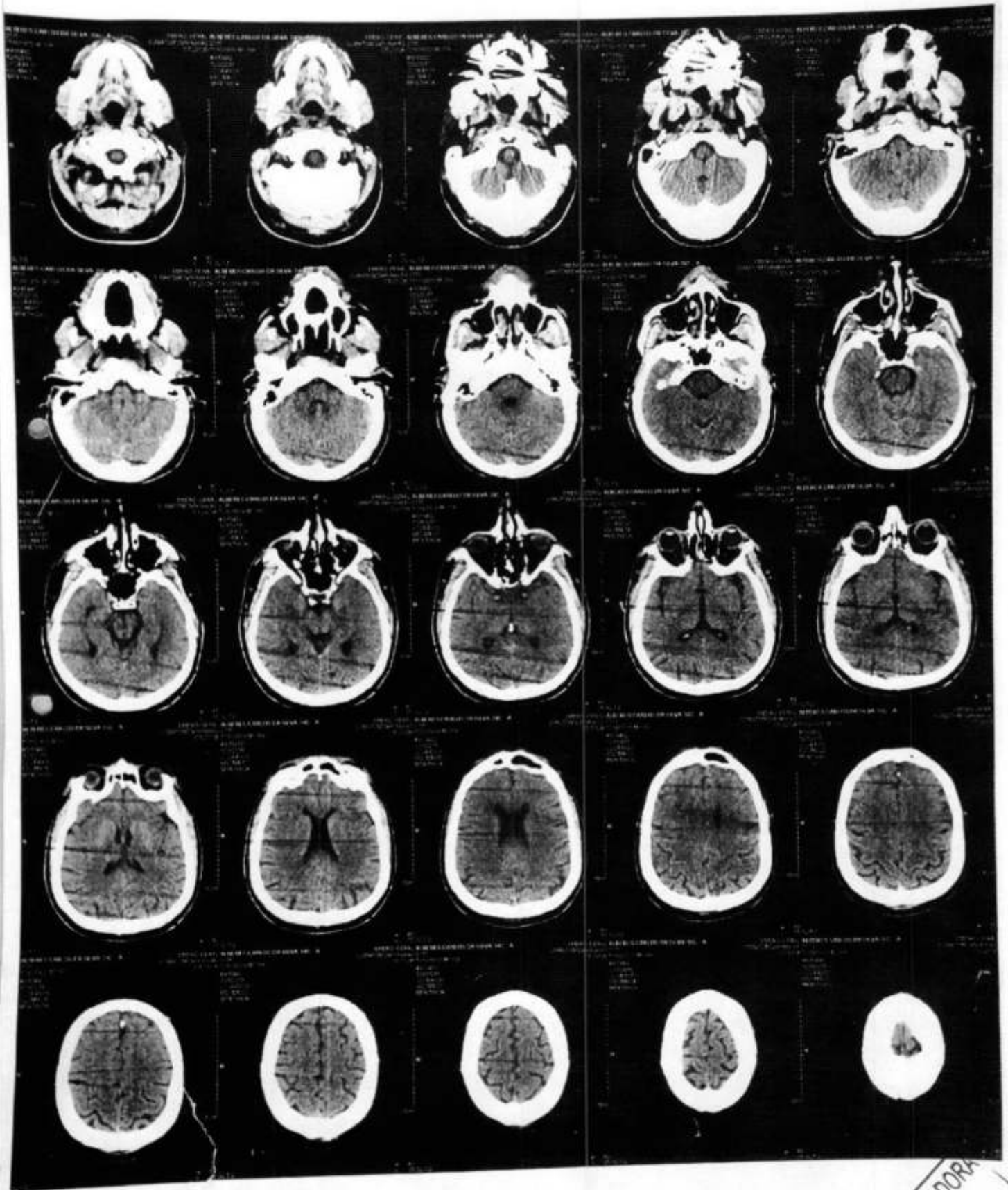
ARUNA SEGURO
3 6 NOV 2018



ARUANA SEGURO DORA

3 6 NOV 2013

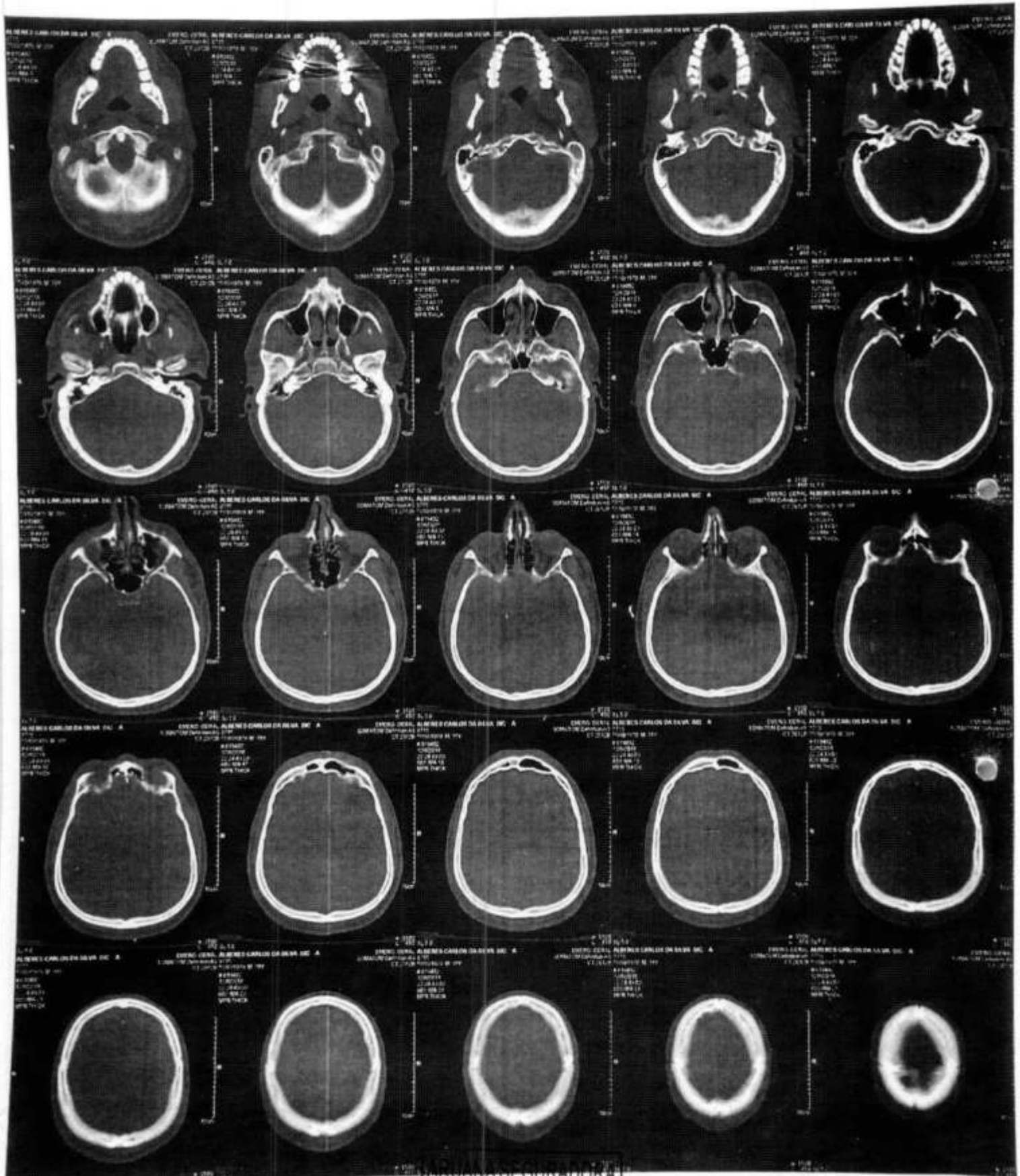
1



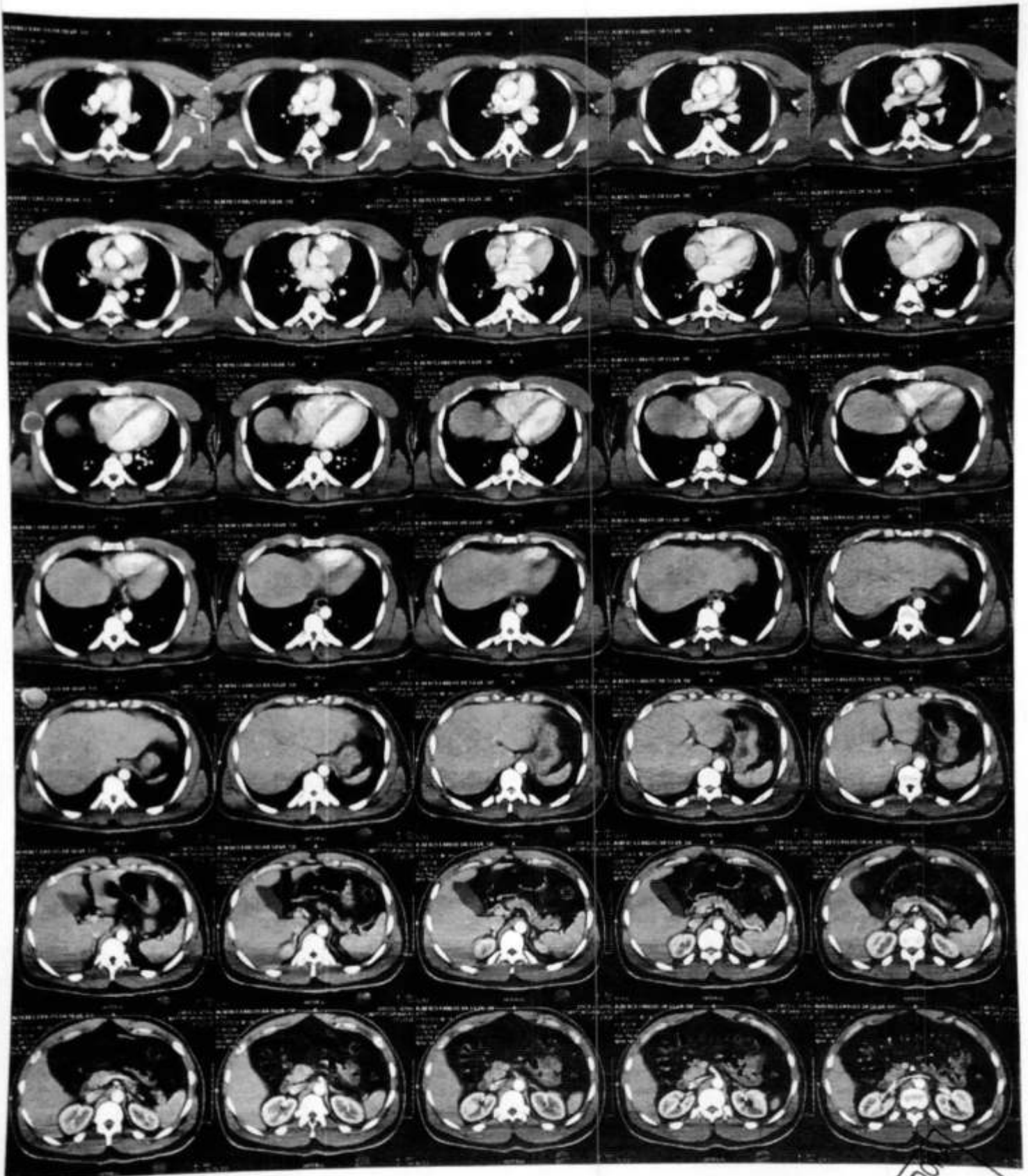
n Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned by CamScanner

ARUANA SEGURO
30 NOV 2013

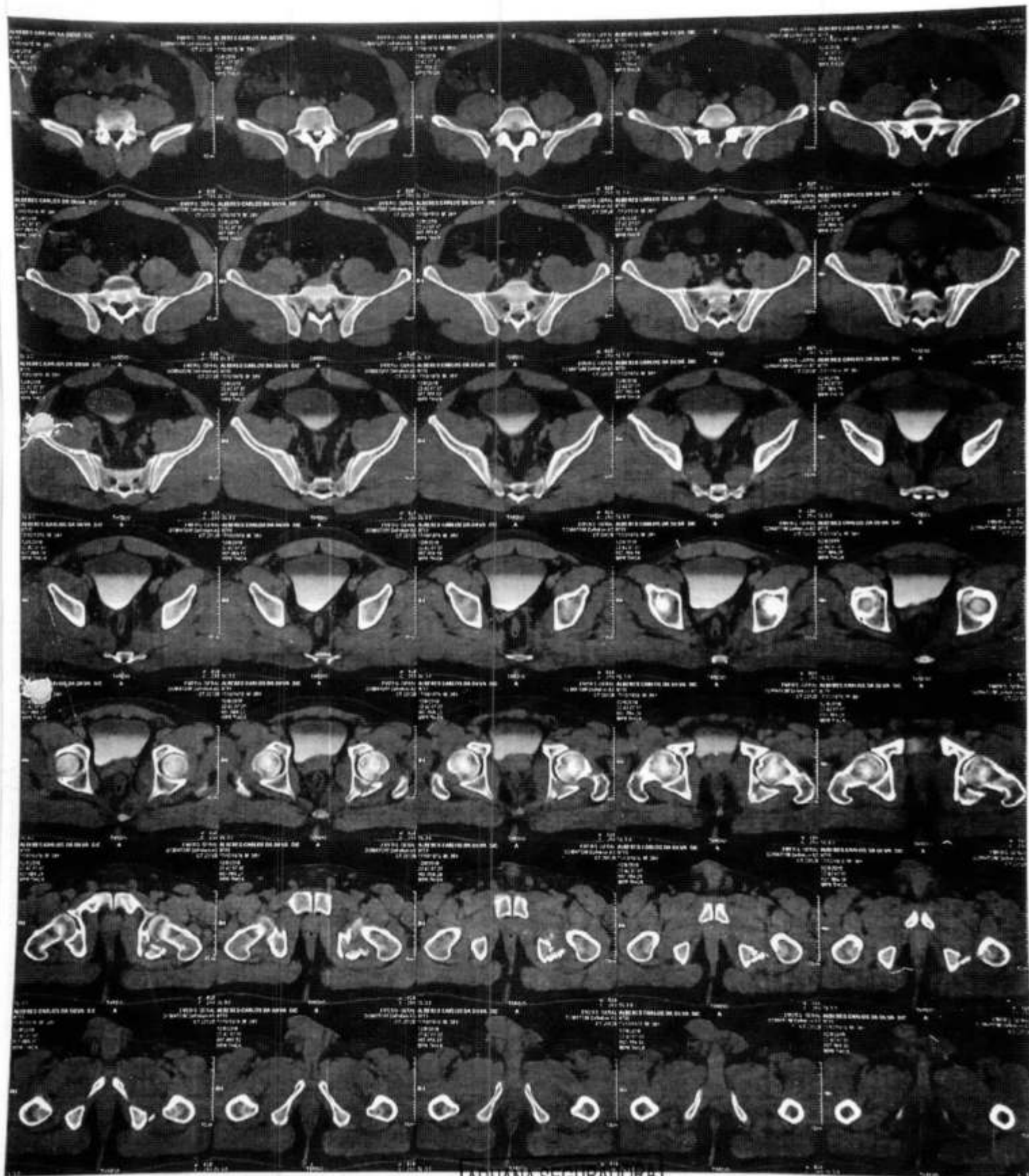


ARUANA SEGURODORA
3 6 NOV 2013



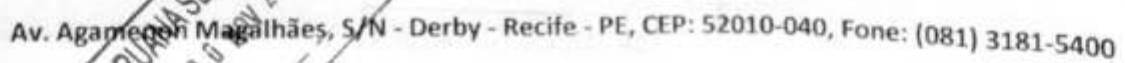
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

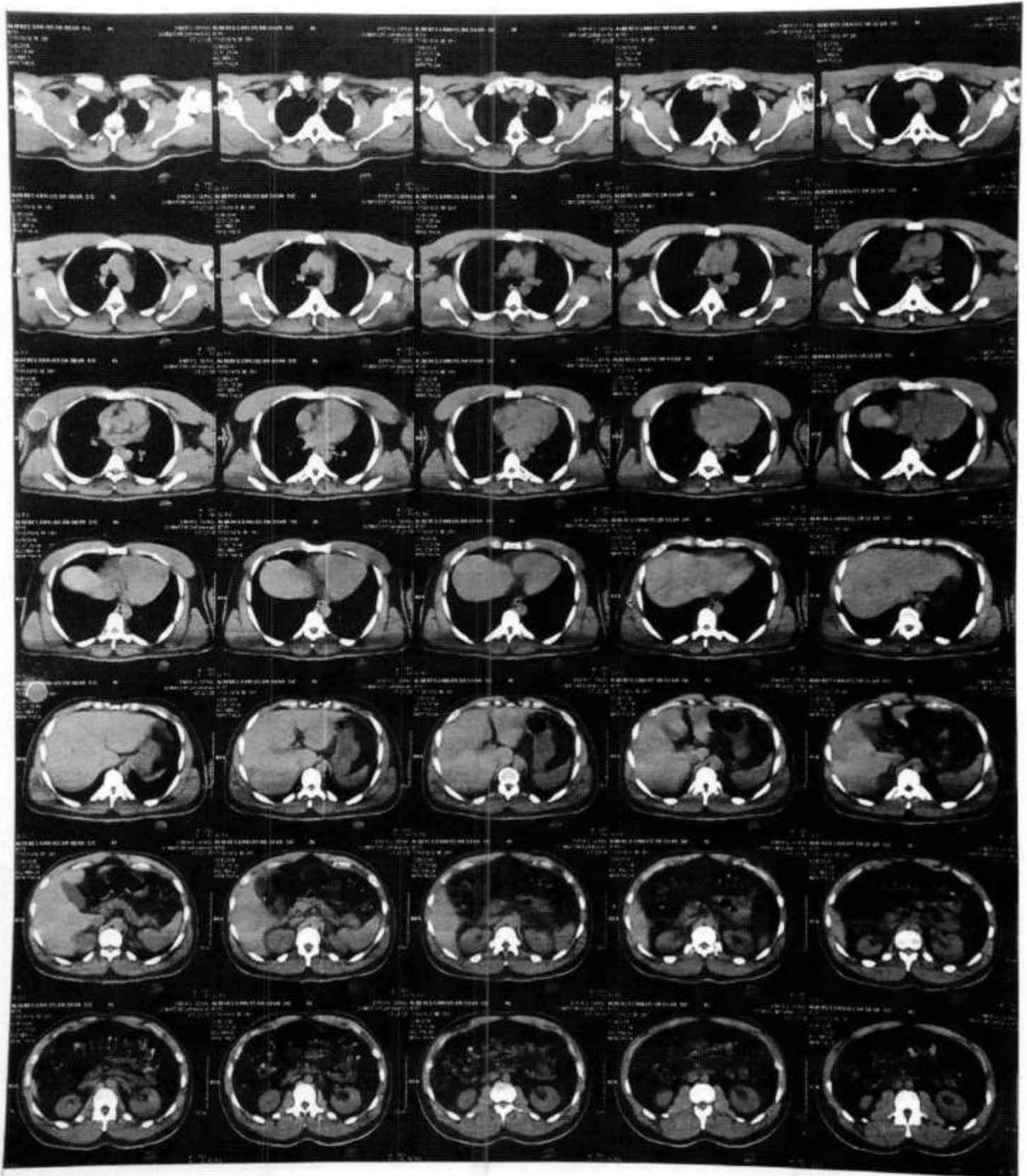
ARUAM SEGURADO
30 NOV 2018



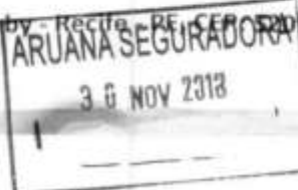
ARUANA SEGURODORA

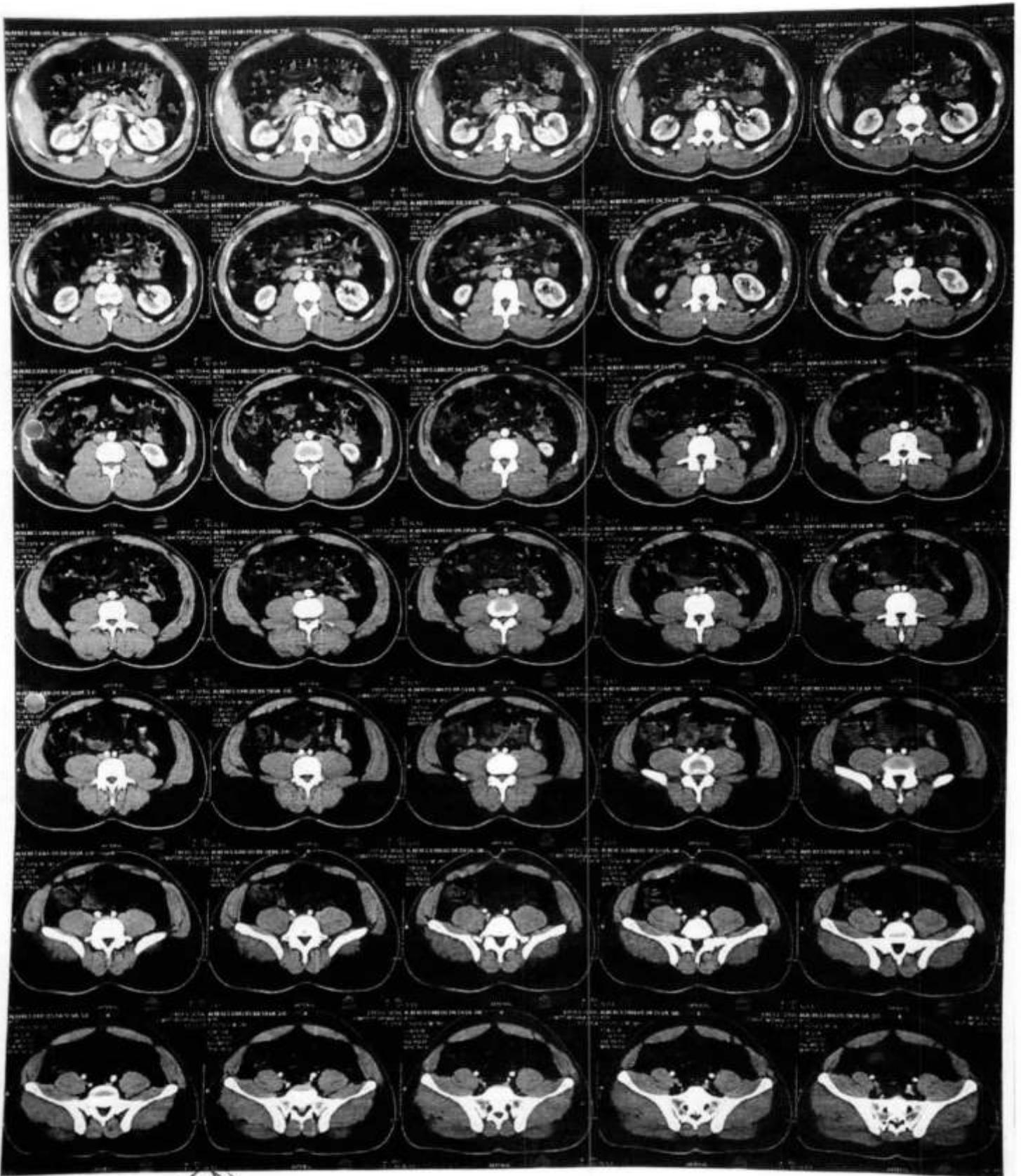
3 6 NOV 2013





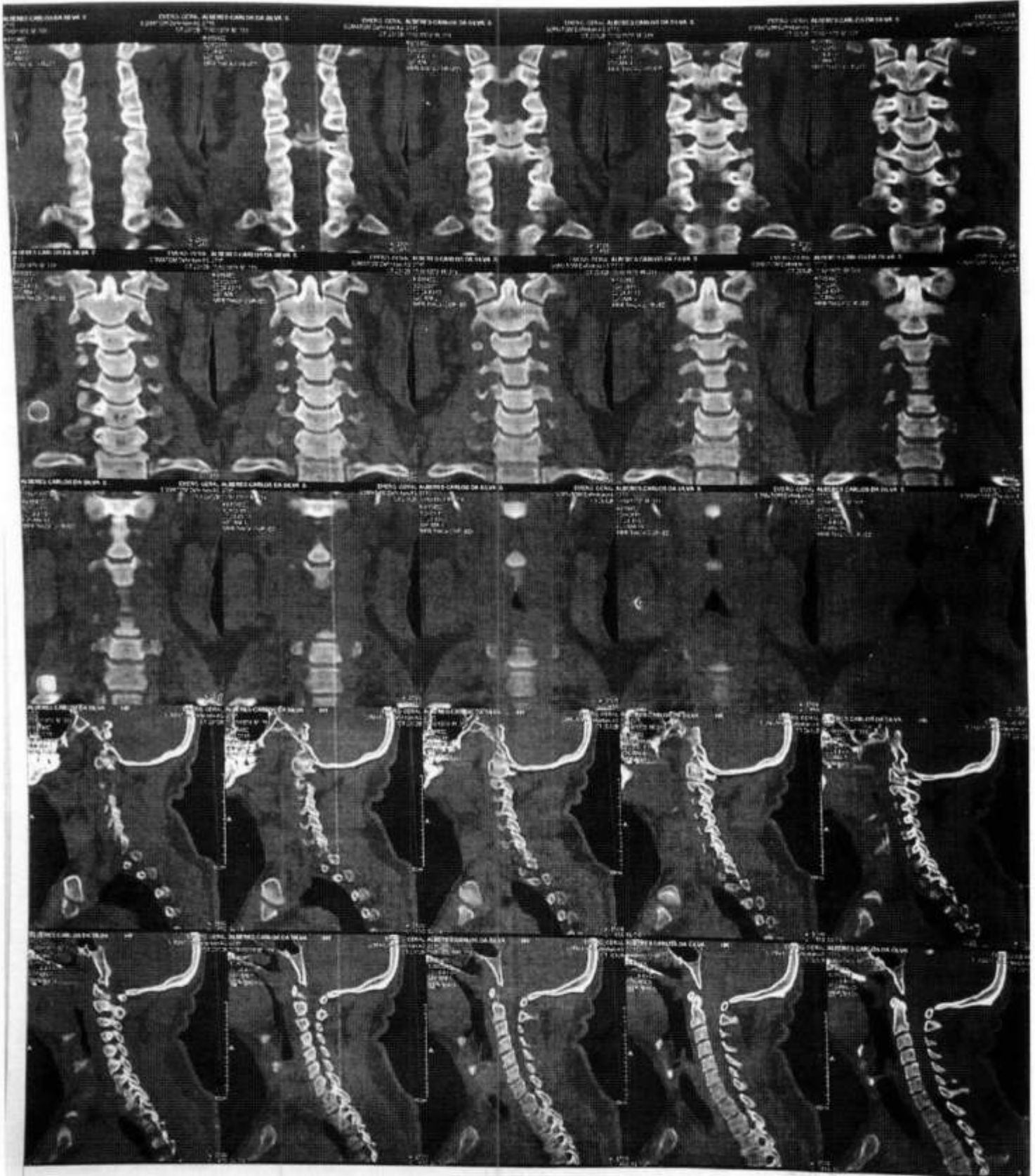
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE - CEP: 50010-040, Fone: (081) 3181-5400





Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

ARUANA SEGURO
30 NOV 2018



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

ARUANA SEGURADORA

9 0 NOV 2018

ALBERES CARLOS DA SILVA SIC
4715
T101979 M 38Y
12/02/04
22 11 20 04
628 18A 1
Mang. VRT



HAJ

EXERC. DENTAL ALBERES CARLOS DA SILVA SIC
SOMATOM Delinear AS 8715
CT 20120 T101979 M 38Y
12/02/04
22 11 20 04
628 18A 2
Mang. VRT

RAJ



HAJ

EXERC. DENTAL
SOMATOM Delinear AS
CT 20120

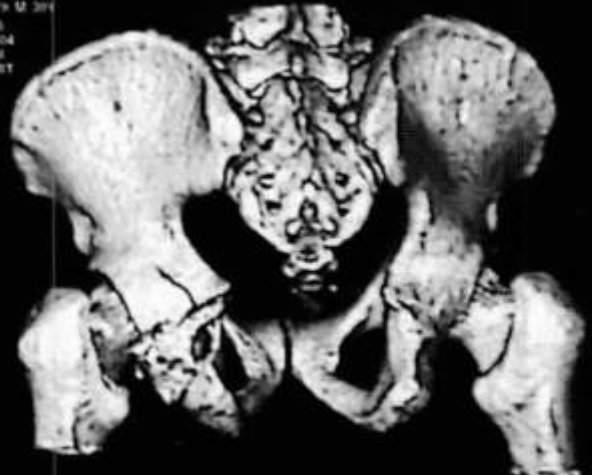
ALBERES CARLOS DA SILVA SIC
4715
T101979 M 38Y
12/02/04
22 11 20 04
628 18A 1
Mang. VRT



HAJ

EXERC. DENTAL ALBERES CARLOS DA SILVA SIC
SOMATOM Delinear AS 8715
CT 20120 T101979 M 38Y
12/02/04
22 11 20 04
628 18A 2
Mang. VRT

LAJ



HAJ

EXERC. DENTAL
SOMATOM Delinear AS
CT 20120

ALBERES CARLOS DA SILVA SIC
4715
T101979 M 38Y
12/02/04
22 11 20 04
628 18A 1
Mang. VRT



HAJ

EXERC. DENTAL ALBERES CARLOS DA SILVA SIC
SOMATOM Delinear AS 8715
CT 20120 T101979 M 38Y
12/02/04
22 11 20 04
628 18A 2
Mang. VRT

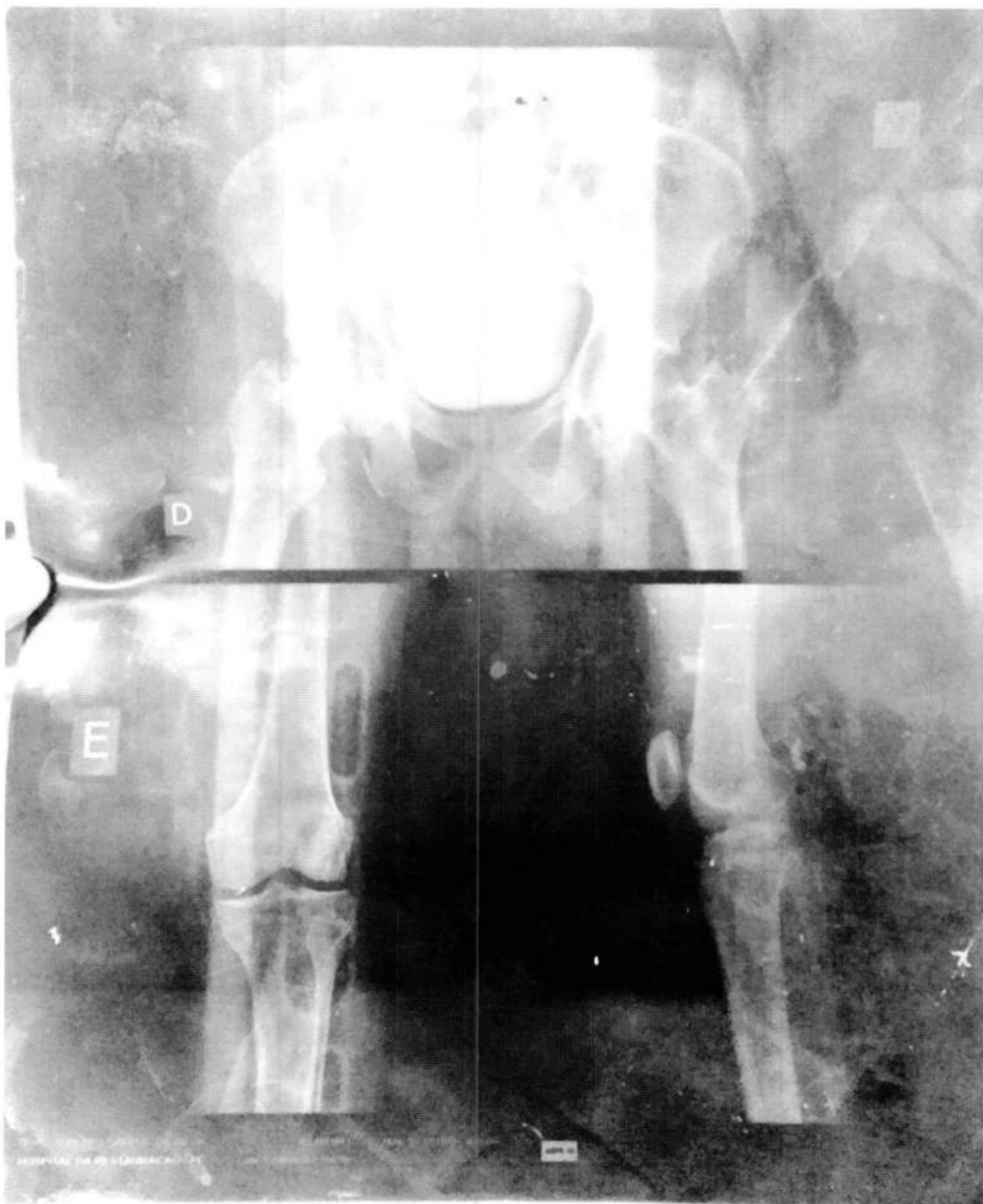
RAJ



HAJ

EXERC. DENTAL
SOMATOM Delinear AS
CT 20120

AV. AGAMENON MAGALHÃES, S/N - DERBY - RECIFE - PE, CEP: 52010-040, FONE: (081) 3181-5400
30 NOV 2018



ARUANA SEGUADORA

3 0 NOV 2013

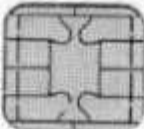
1

Scanned by CamScanner

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14869167

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei n° 8.906/94)





ASSINATURA DO PORTADOR

OBSERVAÇÕES

ART. 36, INC. I, L. 8906/94



 **ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
BERNARDINO SILVA PEREIRA

CLASS. 47623

CLASS. 47623

ASSINATURA
LUIZ ZEFERINO PEREIRA
MARIA AMELIA DA SILVA PEREIRA

NACIONALIDADE
NOVO LINO-AL

DATA DE NASCIMENTO
16/05/1980

RG
5308192 - SDS/PE

CPS
028.470.464-45

QUADRO DE OBRIG. E TERCIO
NÃO

VIA
EXPOSICAO 04

DATA
01 28/05/2018


RONNIE PREUSS DUARTE
PRESIDENTE

ARUANA SEGURADORA
08 NOV 2018

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALBERES CARLOS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180527788**

Vítima: **ALBERES CARLOS DA SILVA**

Data do Acidente: **12/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **BERNARDINO SILVA PEREIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180527788**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13571658



Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180527788

Vítima: ALBERES CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 12/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BERNARDINO SILVA PEREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALBERES CARLOS DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13581440



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALBERES CARLOS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180527788**
Vítima: **ALBERES CARLOS DA SILVA**
Data do Acidente: **12/08/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **BERNARDINO SILVA PEREIRA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180527788**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/08/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180527788 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERES CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 12/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
FRATURA EM ACETÁBULO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

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:	Nome completo da vítima:
	020.427.694-28	ALBERES CARLOS DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
ALBERES CARLOS DA SILVA	020.427.694-28	
Profissão:	Endereço:	Número:
DESEMPREGADO	VARZEA DO GILÓ	323
Bairro:	Cidade:	Estado:
PASSARINHO	RECIFE	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
ALBERES6@HOTMAIL.COM	52165400	81-988276919

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\$5.001,00 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)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA	
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	1584	001 00023367 3
		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:	RECIFE, 8.11.2018
Nome:	
CPF:	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	

TESTEMUNHAS	
1º Nome:	
CPF:	
Assinatura	
2º Nome:	
CPF:	

ASSINATURA SEGURADORA
08 NOV 2018

(*) 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.