

CÓDIGO CONTRATO	MES/ANHO
7025325826	09/2019
COTA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
30/09/2019	24/10/2019
TOTAL A PAGAR DE	
	215,30

SPRACHENFACH	BERUF	LAND
070001347	ONCA	2300 A.18
APRESENTAÇÃO	PROCURADOR	PROCURADOR
23002018	2015036230	1847218

Consumo Ativo(kWh)
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Rum. Pública Municipal
ICMS Subvenc. 3a COE NF 070922626-34/1719

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
711,000000	0,77652320	551,47
		11,87
		37,81
		1,35

215.90

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DATA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kW)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3818.8019	cat	21-06-2019	9 36030	23-06-2019	9 10430	30	1.00000		271,20

[illegible][illegible]

Foto: J. Cortez - Agência Brasil / Contrasto

Classificação	Idade Média (anos) ± D.E.	Tempo médio (min)	Tempo máximo (min)	Tempo mínimo (min)
ONE	0,05 ± 0,05	4,00	9,01	14,01
ME	0,05 ± 0,05	3,17	6,16	11,16
DMME	0,05 ± 0,05	3,77	6,00	11,00

COTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
		09/06/2018	215,30

83820000002-9 15300011007-5 02532562610-9 14270268423-8



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Renato César M. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 039.232.004 / 55
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edson Cândido da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 036.004.584 / 77, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima
Edson Cândido da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.004.584 / 77, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso 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>Av. Bernardo Vieira de Melo</u>		Número <u>1551</u>	Complemento <u>Lala 01 / Térreo</u>
Bairro <u>Piedade</u>	Cidade <u>Jaboatão dos Guararapes</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>54410-010</u>
Email <u>renatomalheiros@outlook.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>-</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99543-4554</u>

Recife, 18 de dezembro de 2019
Local e Data

Renato César M. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

PACIENTE: EDSON AUGUSTO DA SILVA

PAI: _____

MãE: JOSEFA PETRONIA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 10/07/1980 SEXO: M

ENDEREÇO: AV. PEDRO FRANCISCO BOMFIM, 370, P. GAMELEIRA

505

HORA: 18:05

DATA	PA	PULSO	PESO	TEMP.	ALTURA	PC	PT	GLIC.
<u>19.12.18</u>								

ANAMNESE:

Última de acidente de
motor, C/ Politrauma apresenta
múltiplas escoriações em membros
superiores e apresenta lesões purpuro-
coriáceas em superfícies e região porie-
tal e (E) Nege síncope e vômitos

CONDUTA/TERAPIA:

ECG = IS
(1) acetoparaleno, IAP, etc

HD: _____

ASS. PROF.: _____

DATA	PA	PULSO	PESO	TEMP.	ALTURA	PC	PT	GLIC.

ANAMNESE:

HD: (1) trauma

(2) transfusão de HRP

CONDUTA/TERAPIA:

HD: _____

ASS. PROF.: _____

DATA	PA	PULSO	PESO	TEMP.	ALTURA	PC	PT	GLIC.

ANAMNESE:

CONDUTA/TERAPIA:

HD: _____

ASS. PROF.: _____

Dr. Hudson B. Medico
CRM/PE 24052

Data do Atendimento: 19/12/2018 Hora: 20:19:13 PRONTUÁRIO: 214554
No. Atendimento: 811031 Urgência / Emergência Colaborador: ANASTACIAS
Prioridade: SEM CLASSIFICAÇÃO ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CNS: 700908917777992

Nome: EDSON CANDIDO DA SILVA Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 10/04/1969 Idade: 38 Anos, 8 Meses e 9 Dias C.I.:
Pais ou responsáveis: JOSEFA PETRONILA DA SILVA / ARGEMIRO CANDIDO DA SILVA

Endereço: ENGENHO MATO GROSSO - ZONA RURAL - 55570000

Cidade: RIO FORMOSO Tel: 8195727862 Hora do Atendimento: / Hs

Queixa Principal:

Queda de moto com
fratura do 5º QDE

Exame Físico:

A: Geral via aérea esta pervia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura: °

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isoconicas ☐ Anisoconicas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

E: Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

fratura do 5º QDE

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Tala metálica
Descompressão + enq. IM

Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco:

Alergia:

Observação:

Erast

Evolução de Enfermagem



* Destino do paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Alta a Pedido
() Transferência para outra unidade () Óbito () Outro
* Condição do Paciente: () Maltratado () Inalterado () Piorado

Pernambuco

HPKP

Unidade 10-2
Maria Luísa

Data do Atendimento: 19/12/2018 Hora: 20:18:14
No. Atendimento: 811030 Urgência / Emergência
Prioridade: AMARELO - URGÊNCIA CIRURGIA GERAL
PRONTUÁRIO: 214554
Colaborador: ANASTACIAMS
CNS: 700908917777992

Nome: EDSON CANDIDO DA SILVA Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 10/04/1980 Idade: 38 Anos, 8 Meses e 9 Dias C.I.:
País ou responsáveis: JOSEFA PETRONILA DA SILVA / ARGEMIRO CANDIDO DA SILVA
Endereço: ENGENHO MATO GROSSO, - ZONA RURAL - 55570000
Cidade: RIO FORMOSO Tel.: 8159727862 Hora do Atendimento: / / Hs

Queixa Principal:

Acidente de moto. com lesões
e corte em face

Exame Físico:

A: Geral via aerea esta pervia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura: °

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isoconicas ☐ Anisoconicas ☐
Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora: Escore: Hora: Escore: Hora: Escore: Hora:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Sutura.
e curativo de face e abdome.

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

PACIENTE APRESENTANDO ESCORIAÇÕES + CORTE EM FACE + DOR EM MÃO ESQUERDO + DESMAIO

Alergia:

Observação:

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, HAS E DM.

Evolução de Enfermagem

HOSPITAL REGIONAL DE PALMAREJO
FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA AMEIDA
Argemiro Oliveira
Coordenador de Atendimento
Mat. 002409
CONFERE COM O ORIGINAL
16/12/2018

* Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Alta a Pedido
() Transferência para outra unidade () Óbito () Outro
* Condição do Paciente () Maltratado () Inalterado () Piorado

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura



Rio Formoso
GOVERNO MUNICIPAL
A GENTE FAZ O FUTURO

SECRETARIA DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE FAMÍLIA ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

Unidade de Origem

Paciente

Edson Candido da Silva

Registro

Dados Clínicos

paciente relata sintomas paraneoplásicos mais como há mais
menos perda da memória.

Exames Complementares / Resultados

Hipótese Diagnóstica

Conduta Adotada

Justificativa do Encaminhamento

Encaminhado para:

Data

Nome

Dr. Pedro Borges Oliveira
Médico
CRM PE 27976
CRM

Unidade Especialista

A neuropatia

Exame Clínico

Exames Complementares

Paracer do Especialista

Marcado para
o dia

02-04-19

às 08:00hs

Tratamento Proposto

VBS encerrado

Alexandre

Local da Unidade de Origem

da Unidade de Referência

Outros Serviços

NOME

CRM



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE(SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Edson Candido

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700908917777996

6 - DATA DE NASCIMENTO

10/04/80

7 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

Josefa Petronila da Silva

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Engenho Novo Novo

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Formoso

15 - CÓD. REG. MUNICIPAL

16 - UF

PE

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0207010064

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

RNM do cravo cl. contrabito

20 - QTD

01-1

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Gafaleia

37 - CID 10 PRINCIPAL

R55

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

Pte com crises algicas recorrentes de Gafaleia
que necessitam de investigação clínica
complementar

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Luis Velter Barbosa de Sa

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/03/19

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Luis Velter Sa
Médico
318.23.852

44 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

0843216541-031

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (ARAC)

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA AUT.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Amando Monteiro

Nome:

Edson Candido da Silva

Registro Nº

O paciente encontra-se em tratamento fisioterapêutico devido um acidente motociclistico, onde o mesmo fraturou o dedão mínimo, a primeira articulação ainda. Tem uma pequena limitação, porém tem uma recuperação muito boa.

Data

11/04/2019

Thais Marieli C. do Nascimento
Fisioterapeuta
CREFITO 251368 - F

Profissional / Carimbo



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PULMÕES DR. SALVO PEREIRA MAGALHÃES



RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Edson Carneiro

Reg. N°

Clinica:

Enfer.:

Asiofene p.p
motor

(10 comprimidos)

RD: 1 comprimido
contendo
500 mg

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data:

13/03/19

Dr. Carliomano Maciel
Ortopedia
CRM-PE 12978
5807 8928



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMAREJO DR. SILVIO FERNANDES BASTOS



RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Reg. N°

Clinica:


Enfer.:

LADO MEIO

Declaro para os devidos fins que o Sr. Edson Cândido da Silva sofreu fratura em mão esquerda apresentando no momento limitação funcional para exercer atividades físicas laborativas temporariamente.

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data: 02/01/2019 CID: S62.8

 Dr. Cardomano Maciel
Ortopedia
CRM-PE 12978
SBOT 8929

EXPRESSO GRÁFICA (013) 363-2400



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DEPARTAMENTO DE PRONATOS DE JARDIM PERNAMBUCO, BRASILIA

RECEITUÁRIO



Unidade:

Nome:

Reg. Nº

Clínica:

Enfer.:

LAUDO MÉDICO



Declaro para os devidos fins que o M. Edson
Candido da Silva sofreu
trauma no 5º quadril
depois, no momento
encontra-se em reabilitação
física com limitação
função do 5º M.E.
L.S. 02

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data: 10/04/19

Eng. Quilombo dos Palmares, RR 101, Km 185

Jr. Carlomano Medeiros
Ortopedia
www.palmares.com
CRM-PE 12978
SROT 8929

USINA BOM JESUS

FICHA DE CONSULTA

NOME: Adson Benedito da Silva sexo: MASC.
Data do Nascimento: _____ Estado Civil: _____ RG: _____
Endereço: _____
Responsável: P. onerado Criança: _____
Seção: not. canavieira Função: Platão

19/10/18 - pt. do 15 dias - 5626

20/12/2018

Acidente de trânsito
em atropelamento por
autobus no BR 101
na entrada de Jandara
17.50h em 19.12/2018
Quanto a danos no
tórax costas nos membros
nos membros inferiores
nos membros.
Foi tratado no centro
de saúde de Jandara.
8 dias - até 19/12/2018
562.65

Dr. Carlos Henrique
Médico de Família
e Saúde Comunitária
CRM 10.123/2018

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

NOME
EDSON CANDIDO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5771244 SSP PE

CPF
036.004.584-77

DATA NASCIMENTO
10/04/1980

FILIAÇÃO
ARGEMIRO CANDIDO DA SILVA
JOSEFA PETROMILA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A2

Nº REGISTRO
02781775455

VALIDADE
26/05/2020

1ª HABILITAÇÃO
14/03/2003

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Edson Candido da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PALMARES - PE

DATA EMISSÃO
29/05/2015

09438994371
PK064454131

ASSINATURA DO EMISSOR
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1103596570

PROIBIDO PLASTIFICAR
1103596570

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BUIEL

Edson Candido da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
Edson Candido da Silva
EDSON CANDIDO DA SILVA

S
E
P
R

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 14/07/98

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

5771244

DATA DE
EXPEDIÇÃO 07.10.1996

NOME
EDSON CANDIDO DA SILVA

FILIAÇÃO
Argemiro Candido da Silva
Josefa Petronila da Silva

NATURALIDADE
Rio Formoso-PE

DATA DE NASCIMENTO
10.04.1980

SOC ORIGEM
C.N 1.613-F 192V-L A-1, Cart
do 2º Dist-Rio Formoso-PE

CPF

Assinatura do Diretor
Bel. José Urbano Correia do Amaral

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
EDSON CANDIDO DA SILVA

Nº de Inscrição
036004584-77

Data do Nascimento
10/04/80



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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

RENATO
ELINASSO JOAQUIM CAVALCANTI
AUREA MALHEIROS CAVALCANTI

RECIFE-PE

0102808 - SSP/PE
004208 DE BRIGADE 1 101000
NÃO

DATA DE NATURALIZAÇÃO
20/11/1981

030 232 004-55
01 13/04/2012

BRUNO DE MOURA
PREZIDENTE

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10324578

USO OBRIGATORIO
SENTOUSE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
ART. 11 DA Lei nº 8.369/94

RENATO CESAR M. CAVALCANTI

RECIFE-PE

0102808 - SSP/PE
004208 DE BRIGADE 1 101000
NÃO

DATA DE NATURALIZAÇÃO
20/11/1981

030 232 004-55
01 13/04/2012

BRUNO DE MOURA
PREZIDENTE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468616/19

Vítima: EDSON CANDIDO DA SILVA

CPF: 036.004.584-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/12/2018

Titular do CPF: EDSON CANDIDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

EDSON CANDIDO DA SILVA : 036.004.584-77

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: 26/12/2019
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos



Número: **0006177-79.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDSON CANDIDO DA SILVA (AUTOR)		RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A (RÉU)			
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (RÉU)		WILSON SALES BELCHIOR (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48362009	26/07/2019 12:02	Certidão Trânsito em Julgado	Certidão Trânsito em Julgado



PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DE PERNAMBUCO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA

DIRETORIA CÍVEL - 6ª Câmara Cível - Recife

Rua Moacir Baracho, Edif. Paula Baptista, s/nº, 1º andar, Bairro de Santo Antônio, Recife, PE. CEP. 50010-930.

Processo nº 0006177-79.2019.8.17.2001

APELANTE: EDSON CANDIDO DA SILVA

**APELADO: TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A, SEGURADORA LÍDER DOS
CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**

CERTIDÃO

Certifico o trânsito em julgado do(a) decisão/acórdão de ID Nº 7006341 em 23/07/2019. O certificado é verdade e dou fé.

RECIFE, 26 de julho de 2019

Diretoria Cível do 2º Grau



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: EDSON CANDIDO DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 577.1244 SSP PE
CPF: 036.004.584-77
Profissão: DESEMPREGADO
Endereço: RUA NATA LOBOSSE NE 910, COCAU RURAL, RIO FORMOSO-PE
CEP: 55570-000
Telefone: (81) 99543-4554

OUTORGADO:

Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 6762609 SSP PE
CPF: 039.232.004-55
Profissão: ADVOGADO
Endereço: AV. BERNARDO DE MELLO 557, SIAO L. TERREO, PIEDADE-PE
CEP: 51120-010
Telefone: (81) 99543-4554

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: _____

Ribeirão - PE 18 de Novembro de 2019.

Local e data

Edson Cândido da Silva

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de
(1) EDSON CANDIDO DA SILVA - Ribeirão
18/11/2019: 12:06h. Ao Cartório: R\$3,69 -
TSNR: R\$0,80 - FERC: R\$0,40 - FERM: R\$0,04
- FUNSEG: R\$0,08 - Total: R\$4,91 Selo(s)
0073791 RQJ10201901 00965 Cristina Maria de
Souza Silva ----- Escrevente Autorizada



[Handwritten Signature]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468616/19

Vítima: EDSON CANDIDO DA SILVA

CPF: 036.004.584-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/12/2018

Titular do CPF: EDSON CANDIDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

EDSON CANDIDO DA SILVA : 036.004.584-77

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: 26/12/2019
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004322

Vítima: EDSON CANDIDO DA SILVA

Data do Acidente: 19/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDSON CANDIDO DA SILVA

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, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004322

Vítima: EDSON CANDIDO DA SILVA

Data do Acidente: 19/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDSON CANDIDO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DIARIAS (DESPEJAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

NP do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

036.004.584-77 Edson Cândido da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SEUSEP Nº 445/2002

Nome completo:

Edson Cândido da Silva

CPF:

036.004.584-77

Profissão:

Desempregado

Endereço:

Gg. Mato Grosso

Número:

910

Complemento:

Bairro:

Cucaie Rural

Cidade:

Rio Formoso

Estado:

PE

CEP:

55570-000

E-mail:

renatamalhuros@outlook.com

Tel. (fixo):

(81) 99543-4554

Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.200,00

☐ R\$1.201,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.201,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA

(Documento para fins bancários - Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE

(Conta de depósito)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (345)

Nome do BANCO:

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

2541

0

CONTA:

10.638

0

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização (reembolso do Seguro DPVAT) e o valor do valor devido, reconhecendo a dívida, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitando 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 (assinale 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 presente assumo a responsabilidade pelo pagamento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, comprometendo-me desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.254/74 art. 3º, §4º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar as conclusões do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grupo 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 tiver filhos, informar quantos:

Vivos: ☐ Falecidos: ☐

Vítima deixou nascituro (ou nascitor)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/vivos?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROSTO

Edson Cândido da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá assinar outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, 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.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 076ª CIRCUNSCRIÇÃO - GAMELEIRA -
DP76ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0166000043**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/01/2019 às
14:34

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 19/12/2018 no período da Tarde

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GAMELEIRA, 1, BR 101,
GAMELEIRA, PE (ENTRADA DE GAMELEIRA, ENTRE BR-101 E PE-076) -
Delito: CENTRO - GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTRO (AUTOR AGENTE)
EDSON CANDIDO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
OUTRO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
EDSON CANDIDO DA SILVA

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

**EDSON CANDIDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA
PETRONILA DA SILVA Pai: ARGEMIRO CANDIDO DA SILVA Data de Nascimento: 19/4/1980
Naturalidade: RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5771244/33P/PE (RG),
03609458477 (CPF) Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO
Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares:
41999727862**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE RIO FORMOSO, 1, ENGENHO MATO GROSSO, USINA
GUCAU, RIO FORMOSO/PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RIO
FORMOSO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150 KIU-8381 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDSON CANDIDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDSON CANDIDO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIU8381** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **905231434** Chassi: **902MC082107R005401**

Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 150 KIU-8381**

FIAT STRADA VERMELHO ERF-8715 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **OUTRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **OUTRO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/STRADA** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **ERF8715** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: **FIAT STRADA VERMELHO ERF-8715**

Complemento / Observação

ADVERTIDA SOBRE AS PENAS COMINADAS NOS ARTS. 299 E 348 DO CPB, SOBRE FALSAS DECLARAÇÕES, COM O FIM DE CRIAR OBRIGAÇÃO OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE, E OMISSÃO DE INFORMAÇÕES RELEVANTES EM DOCUMENTOS PÚBLICOS, COMPARECEU A ESTA DP A PESSOA DE EDSON CANDIDO, JÁ DEVIDAMENTE QUALIFICADA COMO VÍTIMA, O QUAL ALEGOU QUE NA TARDE DO DIA 19/12/2018 QUANDO TRANSITAVA COM SUA MOTOCICLETA NA BR-101 SENTIDO USINA CUCAU, QUANDO DE REPENTE O VEÍCULO FIAT STRADA PLACA ERF-8715 LHE ATINGIU NA TRASEIRA DA MOTO QUANDO EFETUAVA UMA ULTRAPASSAGEM, VINDO O MESMO A CAIR NA RODOVIA, E EM CONSEQUÊNCIA SOFRER UMA FRATURA EM UM DEDO DA MÃO ESQUERDA, ESCORIAÇÕES, CORTES NA FACE E DESMAIO, CONFORME CONSTA EM LAUDO MEDICO EM ANEXO. INFORMA QUE NÃO TEM CONTATO NEM SABE QUEM FOI O CONDUTOR DO VEÍCULO FIAT STRADA, E QUE APENAS TEM A PLACA DO VEÍCULO. PELOS FATOS AQUI EXPOSTOS, PEDE AS PROVIDÊNCIAS POLICIAIS CABÍVEIS. NADA MAIS A AGRESCENTAR, NO MOMENTO, ENCARRO O REGISTRO DESTA BOE QUE, DEPOIS DE LIDO E ACHADO CONFORME, VAI DEVIDAMENTE ASSINADO PELO ENVOLVIDO PRESENTE AO PLANTÃO.

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

x Edson Cândia da Silva
EDSON CANDIDO DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. Registrado por: **DIEGO JOSUE FERREIRA GALVÃO** - Matrícula: **3273250**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ GAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

CPF do segurado (A.S.):

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

036.004.584-77 Edson Cândido da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SEI/SEF Nº 445/2002

Nome completo:

Edson Cândido da Silva

CPF:

036.004.584-77

Profissão:

Desempregado

Endereço:

Eg. Mato Grosso

Número:

910

Complemento:

Bairro:

Cucaie Rural

Cidade:

Rio Ferreira

Estado:

PE

CPF:

55570-000

E-mail:

renatamalhuros@outlook.com

Tel. (DDD):

(81) 99543-4554

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RECEITA MENSAL

☐ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$2.000,00

☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POLIPARCA (somente para contas abertas em nome de uma pessoa física)

☐ CONTA CORRENTE (somente para contas)

☐ Bradesco (237)

☐ Post (845)

Nome do BANCO:

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (004)

AGÊNCIA:

2541

0

CONTA:

10.638

0

AGÊNCIA:

0

CONTA:

0

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a consultar na corte bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização (emolpimento do Seguro DPVAT) a qual eu estou direito, recebendo-a 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 queassinou uma das opções:

☒ Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo anterior, 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 as custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.296/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prova concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a decisão do IML, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (Vítima) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou filhos vivos, informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro(s) vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/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 certo, 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, 18/12/2019

Nome:

CPF:

[*] Assinatura de quem assina A ROSTO

Edson Cândido da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

[*] A vítima/beneficiário não apto(a) deverá solicitar outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a autenticidade do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.