

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAMUEL ARAGAO SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02177-6

CONTA: 000000013397-3

Nr. Autenticação

BRDESCO2312201905000000000023702177000000013397168750 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190692459 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAMUEL ARAGAO SANTOS **Data do acidente:** 31/08/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 15.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12,¹ 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 COAF².

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcos de A. Rosa

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.678 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Samuel Aguiar Santos Inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.663.005 06

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Samuel Aguiar Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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>Rua dos Silos</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Externo</u>
Bairro: <u>Brasília</u>	Cidade: <u>J. G. da Glória</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcondesgloria@gmail.com</u>	CEP: <u>29.680-000</u>	Tel. (DDD): <u>79.99189207</u>

Local e Data: J. G. da Glória 14.11.19

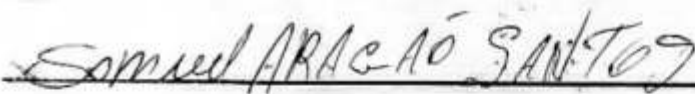
João Marcos de A. Rosa

Assinatura do Declarante

Solicitação de Ré – Análise

Eu: Samuel Aragao Santos portador do RG: 3.378.942-8 CPF: 042.663.005-06 residente na Rua E Nº 78 Bairro: São Jose Cidade: Poço Redonda -SE Cep: 49810-000. Venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo, pois só foi liberado 1.687,50 para as lesões que mim encontro envie relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA EXPOSTA DA CLAVICULA ESQUERDA CID:S42.0** sinto muitas dores horríveis não trabalho mas, não consigo movimentar o braço direito fico a merecer dos outros, por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma perícia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

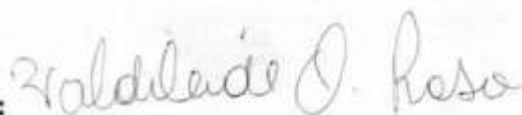
Certo de contar com vossa compreensão, agradeço desde já.



SAMUEL ARAGAO SANTOS

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 14.01.2020

TESTEMUHAS:





RELATÓRIO MÉDICO

O (a) paciente

67 BRUNO L. ALVES foi atendido (a), nesta unidade dia / /

tendo sido submetido(a), (☐) a tratamento cirúrgico (☐) conservador)

de

16/12/19 o Dr. Carlos

CID:

542.0

ARACAJU

16/12/19

Dr. Antônio Fátima Cabral
ortopedista-traumatologista
CRM 130



RELATÓRIO MÉDICO

O (a) paciente

Soprin / Alvaro Nóbis

foi atendido (a), nesta unidade dia

14/10/15

tendo sido submetido(a), (☒) a tratamento cirúrgico (☐) conservador)

de

Tratamento de fratura de fêmur
do lado direito 11/09/15

CID:

S42.0

ARACAJU

14.10.15

Dr. Antônio Franco Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM 880

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENDES"




SAMUEL ARAGÃO SANTOS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

REGISTRO GERAL 3.378.942-8 DATA DE EMISSÃO 22/11/2005

NOME **SAMUEL ARAGÃO SANTOS**

FILIAÇÃO **LIAMIRO JOSE DOS SANTOS
MARIA JOSE VIEIRA DE ARAGÃO**

NACIONALIDADE **POCO REDONDO-SE** DATA DE NASCIMENTO **11/08/1989**

COG ORIGEM **CT. NASCIM. NR 17304 LV A22 FL 45**

CPF **047.081.118-00**

RG **118.081.118-00**

LEI Nº 118 DE 2000

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
042.663.005-06
Nome
SAMUEL ARAGÃO SANTOS
Nascimento
11/08/1989

B46D.FC8F.E5C0.446D

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço **www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 18:50:47 do dia 13/03/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - SE 00004284097 Nº 015213318030 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01265140224 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME ELIAS DE SOUZA FILHO

PLACA 023.367.505-11 CPF / CNPJ 023.367.505-11

PLACA 023.367.505-11 CHASSI 9C2KCL1680ER034790

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/ ALDO/GASOL COMBUSTIVEL

MARCA / MODELO HONDA/CG150-FAN ESD1 ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 250CV/1490C PARTIO COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. / COTAS 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS OBSERVAÇÕES FMT 29

MOTOR: KC168BE004790 LOCAL ABNER MELO SILVA DIRETOR PRESIDENTE DATA 15/07/2019

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE Nº 015213318030 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 15/07/2019

VIA 023.367.505-11 CPF / CNPJ 023.367.505-11

MARCA / MODELO HONDA/CG150-FAN ESD1 ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 250CV/1490C PARTIO COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. / COTAS 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

MOTOR: KC168BE004790 LOCAL ABNER MELO SILVA DIRETOR PRESIDENTE DATA 15/07/2019

MOTOR: KC168BE004790 LOCAL ABNER MELO SILVA DIRETOR PRESIDENTE DATA 15/07/2019

9107 / 230

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Samuel Aragão Santos
(nacionalidade) Brasileiro (profissão) Agricultor, portador da cédula
de identidade RG nº 3.378.942-8 SSP/SE, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 042.663.005-06, residente na (endereço
completo) Rua E nº 48 B São José, na cidade de
Poco Redondo, (UF) SE, CEP 45820-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) JOÃO SANTOS DE OLIVEIRA R
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Comerciante, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Dos Gileas, na cidade de
S.ª Glória, (UF) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Samuel Aragão Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Poco Redondo, 12/11/2019

(assinatura) Samuel ARAGÃO SANTOS

(RG) 3.378.942-8 SSP/SE

Selo TJSE 201 <u>929563</u> <u>008714</u>	
Acesse www.tjse.jus.br/xl <u>762407</u>	
Reconheço como verdadeira (s) a (s) firma (s) de <u>Samuel</u>	
<u>Aragão Santos</u>	
Em testemunho da verdade.	
1º Ofício da Comarca de Poco Redondo/SE	<u>12 VI</u> /201 <u>9</u>
Sr. (a) Escrevente Autorizado (a)	

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190692459

Vítima: SAMUEL ARAGAO SANTOS

Data do Acidente: 31/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SAMUEL ARAGAO SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do 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 dos ombros
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: **SAMUEL ARAGAO SANTOS**

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

Banco: **237**

Agência: **000002177-6**

Conta: **0000013397-3**

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





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 119154/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/11/2019 09:20 Data/Hora Fim: 12/11/2019 09:44

Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo

Data/Hora do Fato: 31/08/2019 12:45

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)

Logradouro: entrada do povoado areias

Bairro: Assentamento

CEP:49.820-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SAMUEL ARAGAO SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Poço Redondo

Sexo: Masculino

Nasc: 11/08/1989

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Jose Vieira de Aragao

Nome do Pai: Liandro Jose dos Santos

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Logradouro: Rua E

Bairro: Bairro São José

Telefone: (79) 99962-1713 (Celular)

Nº: 78

CEP: 49.820-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição PAS/MOTOCICLETA

Placa QKO0408

Número do Chassi 9C2KC1680ER034790

Cor VERMELHA

Município Veículo Poço Redondo

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 023.367.505-11

Renavam 1265140224

Ano/Modelo Fabricação 2014/2014

UF Veículo Sergipe

Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESDI

Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido	Envolvimentos
Samuel Aragao Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA o noticiante que guiava a motocicleta pertencente a ELIAS DE SOUZA FILHO pela rodovia Rota do Sertão, quando na entrada que dá acesso ao Povoado Areias, veio a cair após perder o equilíbrio do veículo. Que após a queda foi socorrido



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE

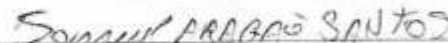


BOLETIM DE OCORRÊNCIA

desacordado por populares e conduzido ao HUSE DONA ZULMIRA SOARES e posteriormente transferido em uma ambulância ao HUSE ARACAJU com fraturas na clavícula esquerda. É o relato.

ASSINATURAS


Cleber Martins da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 4712882
Responsável pelo Abandono


Samuel Aragao Santos
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que delinquir, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 012.663.005-06 4 - Nome completo da vítima: Samuel Aragao Santos

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

5 - Nome completo: Samuel Aragao Santos 6 - CPF: 012.663.005-06
7 - Profissão: Carrocer 8 - Endereço: Rua E 9 - Número: 78 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: São José 12 - Cidade: Pádua, RJ 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 249-810-000
15 - E-mail: samuelaragao@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 24-99189207

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 2177 6 CONTA: 13397 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.

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

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

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

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante legal

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Pádua, RJ 14.11.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)