

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 16308
Nome: VIVIANE SIMÕES RODRIGUES		CNS: 8980058646/6747	
Idade: 34 anos 12 dias		Data Nasc: 17/09/84	
Nome da mãe: VANDIR SIMONE DA COSTA		Nome do pai:	
Endereço: 31		Nº: 468	
Bairro: JEREISSATII		Município: MARACANAÚ	
RG:	Órgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
Celular	Telefone Residencial	Telefone Comercial	
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 29/09/18			
Médico: JOSE FACUNDO NETO		CRM: 4364	
Especialidade:		Unidade: RECEPCAO	
Convenio: SUS		Categoria: SUS	
AMBULÂNCIA:		MOTORISTA:	
NUMERO DA AR: 468		Situação:	
Atendente: JOSE ADAIRTON NOBRE		Nome...	

CÓPIA

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIAS S/A

REC 26 SET 2019

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

Acidente de moto (sic) por uso de álcool (sic) e uso de aparelhos em óculos de sol

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Exame físico: exame físico (sic) com lesão óssea - fractura - fratura - fratura -

EXAMES SOLICITADOS

Exame de sangue (sic) -

DIAGNÓSTICO: Fratura exposta das costelas (sic) CID 030309020

PROCEDIMENTO: Colaplar te traumato

REPETIÇÃO DE ATENDIMENTO () SIM () NÃO

URGÊNCIA () SIM () NÃO N.º DE VEZES

MARACANAÚ, 1999

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4364

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

Tracy Rodrigues

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE MÉDICA DE PAUÇARA-ABEM
Rua João Conrado, N.º 363-Pauçara
GEP: 61.941-330
COORDENAÇÃO MARACANAÚ-CE 03018019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

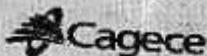
CLIENTE: VIVIANE SIMOES DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01961

CONTA: 00000073032-7

Nr. da Autenticação F48A1A33471FC41C



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
SISTEMA DE GESTÃO

2º Via

Nº de Inscrição:

0004267702

DADOS DO CLIENTE

Nome: VIVIANE SIMÕES DA COSTA
End. Línea: RUA 58 CJ C JEREISSATI, 894, CARLOS JEREISSATI
Cidade: PACATUBA

CEP: 61.801-365

End. Entrega:

Cidade:

Logr: 077

Salon: 061

Quadr: 0109

Leite: 0062

CEP:

Subsídio:

Subsídio:

CEP:

Subsídio:

CEP:

Subsídio:

CEP:

Subsídio:

CEP:

Subsídio:

CEP:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço:

AQUA

A023452186

Medidor:

872

Leritura Anterior:

872

Leritura Atual:

874

Velocidade:

2

Média Semestral (m³):

2

DATAS:

Leritura Atual: 23/08/2019

Entrega:

26/09/2019

Leritura Anterior:

24/09/2019

Próxima Lerida:

24/09/2019

Lerida Agua:

9333845

Lerida Esgoto:

421588

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2019

Nº de Amostras:

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

054

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSAGEIRO DE VEÍCULO

Eu, Flávio Simeão da Costa, RG: 2001092117857
CPF: 003012503-51, residente e domiciliado (a) na Rua Rua 31, na
cidade de Morrocanau, no estado de Ceará, venho por meio desde,
informar que sofreu um acidente de motocicleta de propriedade de terceiro, que deixa de
repassar a declaração do proprietário do veículo, tendo em vista que o mesmo está em local
incerto, razão pelo qual referida declaração que firmo, declaro ainda os dados do veículo
envolvido no acidente.

Nome do proprietário: José Décio Silveira Silva

Véiculo: ~~motorcycle~~

Ano: 2010 - 2011

Placa: OCQ 9505 / Ce.

Chassi: 9C9KD0550BR529850

Data do acidente: 29 / 09 / 18



Diante de exposto, com a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do seguro Dpvat.

Declaro estar ciente de que a falsidade as informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Local e data Totolo - 29.31 09/2019

Veronica Simões da Costa

00000000000000000000000000000000	Recolhido por semelhança às firmas de: <u>Maracanã</u>
00000000000000000000000000000000	Dou fé Maracanã
00000000000000000000000000000000	24 SET. 2019
00000000000000000000000000000000	<i>[Handwritten signature]</i>
00000000000000000000000000000000	Em São Paulo, 24 de setembro de 2019 Laisneide Queiroz de Oliveira - Oficiala Girilânia Araújo Lopes - Substituta

Dados da Reclamação**Protocolo:**
2394874/2019**Situação:**
Encaminhamento automático**Via:**
Internet**Reclamada:**
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO
DPVAT S.A.**Data:**
30/09/2019 09:42:43*Dados do reclamante***Segurado:**
viviane simoes da costa
CPF/CNPJ:
003.012.523-51**UF:**
CEARÁ*Formas de contato***E-mail:**
felipe.pavat@hotmail.com**Telefone:**
(85) 99761-8930**Celular:**
(85) 99761-8930**Endereço:**
rua barao do rio branco 1779**Bairro:**
CENTRO**CEP:**
60.025-061**Cidade:**
FORTALEZA*Dados da denúncia***Assunto:**
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas**Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:**

Venho por meio desta reclamação ênfase da seguradora líder que está fazendo exigências abusivas foi cadastrado no número de sinistro 3190/ 554567 cobrando a declaração do proprietário do veículo sendo que já enviei a declaração do veículo, sendo que já para informando que não tem como eu enviar a devido declaração pois não tem paradeiros do proprietário do veículo e não fiz a transferência.

O SAC da empresa foi acionado?

Sim



ANAMNESE DO PACIENTE

12

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 16308
Nome: VIVIANE SIMOES RODRIGUES		CNS: 898005864616747	
Idade: 34 anos 12 dias		Data Nasc: 17/09/84	
Nome da mãe: VANDIR SIMONE DA COSTA		Nome do pai:	
Endereço: 31		Nº: 468	
Bairro: JEREISSATII		Município: MARACANAU	
RG:	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
Celular	Telefone Residencial	Telefone Comercial	
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 29/09/18		11-12-13-14	
Médico: JOSE FACUNDO NETO		CRM: 4364	
Especialidade:		Unidade: RECEPCAO PREVIDENCIAS SIA	
Convenio: SUS		Categoria: SUS	
AMBULANCIA:		MOTORISTA:	
NUMERO DA AR: 468		Situação:	
Atendente: JOSE ADAIRTON NOBRE		Nome: REC 26 SET 2019	

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

MOTIVO DO ATENDIMENTO: Acidente de moto (sec) por volta
de 15h00 hs. 02/06/2010 em frente a um bar denominado
Império da Fazenda, na Rua Antônio da
Frederico, no bairro

DESCRICAÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS

DIAGNOSTICO

PROCEDIMENTO

REPETIÇÃO DE ATENDIMENTO () SIM NÃO

URGÊNCIA SIM NÃO

Nº DE VEZES (

MAKALANAU, 14 years old - 51

ASSINATH RABBY PROFESSIONAL

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4364

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE MEDICA DE PAJUCARA-ABEMP
Rua João Conrado, Nº. 363-Pajuçara
CEP: 21.941-330

COORDENAÇÃO
MARACANAÚ-CE 07/01/2019



Secretaria de Administração Hospitalar

DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins e a quem interessar possa que o(a) paciente **VIVIANE SIMÕES DA COSTA** foi atendido (a) neste Hospital no dia **29/09/18** e seus dados foram inseridos incorretos em sua Ficha de Atendimento. Segue abaixo dados retificados.

Nome: VIVIANE SIMÕES DA COSTA

Data de Nascimento: 17/09/1984

Mãe: VANDIR SIMÕES DA COSTA

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
HOSPITALAR - SAH
Geórgina Gomes Lins - CRNEC 6812
Médica Auditora SAME

Maracanaú-CE; 01 de Dezembro de 2018.

Atenciosas saudações;



1801171990	29/09/2018 15:59:23	FICHA DE ATENDIMENTO		CIRURGIA GERAL		DIURNO	5
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
VIVIANE SIMOES RODRIGUES		17/09/1984	34 A 0 M 12 D				
Tipo Doc	Documento	Orgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
Ignorado				F	Solteiro(s)	Parda	FORTALEZA - CE
Mãe			Pai				
VANDIR SIMOES DA COSTA			NI				
Endereço	Contatos						
RUA - 68 - 694 - JEREISSATI II - MARACANAÚ - CE	Cell: 85988294851 --						
Class. de Risco	Promoção	N da Carteira	Validade	Autorização			
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Sis Prenatal	Peso	Temp.	Pressão	
PRONTO ATENDIMENTO	Urgência						
Selar	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Procedencia			
SPA							
Registrado por: josesam							

Últimos Atendimentos:

29/09/2018 15:59:23 - 17/03/2014 23:41:12 - 14/05/2014 20:53:54

SADT - Exames Complementares

CTG ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS: _____

Classificação de Risco

Código:

Assinatura e Carimbo do(a) Enfermeiro(a)

Data / Hora / Consultas Especializadas e Procedimentos

distensão de mts. glossina 15. Negs. demais, viu mts, amnioto.
tem dispêrsos. Célula inscidente.
Abertura de cápsula articular em joelho erg + deus de 5º

Código

Assinatura e Carimbo do Médico

Data

Hora

rodrigo j. da erg. Solto A B FNP

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIAS S/A

REC 26 SET 2019

Data

Hora

Nome:

Código

Assinatura e Carimbo do Médico

Código

Assinatura e Carimbo do Médico

Data

Hora

Código

Assinatura e Carimbo do Médico

Data

Hora

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
HOSPITALAR - SAM
Georgina Góes Lins - CRENEC 6812
Manica Auditora SAME



confere com original



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Sr (a). **VIVIANE SIMOES DA COSTA** deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 29/09/2018 para consulta traumatológica com o medico **JOSE FACUNDO CRM : 4364** retifico o nome da mesma que encontra incorreto , sendo o correto o nome citado acima.

Sem mais para o momento firmo o presente.

Maracanaú, 07 de Janeiro de 2019.

Fco. Adriano Moreira da Silva
CRM: 0002556 / ENF
Enfermeiro

Enfermeiro (a)





COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS S/A
REC 26 SET 2019
Nome: _____

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE		01
PLAÇA	DATA DE VÁL. DE	PARA
DOCUMENTO		<input type="checkbox"/> MÓTIVO
ASSINATURA DO CIDADÃO		
NO ME	DATA DE EMISSÃO DO MÓTIVO	
DOCUMENTO	<input type="checkbox"/> MÓTIVO	
ASSINATURA DO MÓTIVO		
NO ME	<input type="checkbox"/> MÓTIVO	
DOCUMENTO	<input type="checkbox"/> MÓTIVO	
ASSINATURA DO MÓTIVO		
NO ME	<input type="checkbox"/> MÓTIVO	
DOCUMENTO	<input type="checkbox"/> MÓTIVO	
ASSINATURA DO MÓTIVO		
LEGENDA		
NO ME	EXCEPCIONAL	EXCEPCIONAL
DOCUMENTO	EXCEPCIONAL	EXCEPCIONAL
EXCEPCIONAL		

RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334772/19

Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA

CPF: 003.012.523-51

CPF de: Próprio

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: VIVIANE SIMOES DA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VIVIANE SIMOES DA COSTA : 003.012.523-51

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 Invalidade 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: 26/09/2019
Nome: VIVIANE SIMOES DA COSTA
CPF: 003.012.523-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

VIVIANE SIMOES DA COSTA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554567 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 80º, extensão aos 20º, presença de derrames articulares, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5º, inversão aos 15º, marcha com claudicação, agachamento alterado, articulação metatarsofalganiana aos 15º. Apresenta na região observada pé com presença de atrofias, presença de alterações da musculatura do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: Periciada apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos, conforme documentos de pronto atendimento datados em 29/09/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, cirúrgico e fisioterápico para a fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos. Atualmente, conforme relato da periciada e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do membro inferior esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda funcional incompleta da mobilidade e força do membro inferior esquerdo, em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/10/2019

Conduta mantida:

Observações: Periciada apresentou exames de raios-x que comprovam a existência da fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334772/19

Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA

CPF: 003.012.523-51

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: VIVIANE SIMOES DA COSTA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VIVIANE SIMOES DA COSTA : 003.012.523-51

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: 26/09/2019
Nome: VIVIANE SIMOES DA COSTA
CPF: 003.012.523-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

VIVIANE SIMOES DA COSTA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334772/19

Número do Sinistro: 3190554567

Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA

CPF: 003.012.523-51

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

VIVIANE SIMOES DA COSTA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

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: 01/10/2019
Nome: VIVIANE SIMOES DA COSTA
CPF: 003.012.523-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

VIVIANE SIMOES DA COSTA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190554567**

Nome do(a) Examinado(a): **VIVIANE SIMOES DA COSTA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RU 68, 694, , 61.801-365, CARLOS JEREISSATI I, Pacatuba/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSPDS CE / 2001098117857**

Data e local do acidente: **29/09/2018 - Maracanaú/CE**

Data e local do exame: **04/10/2019 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso, cirúrgico e fisioterápico para a fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no membro inferior esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 80°, extensão aos 20°, presença de derrames articulares, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 15°, marcha com claudicação, agachamento alterado, articulação metatarsofalangeana aos 15°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofias, presença de alterações da musculatura do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Perda funcional incompleta da mobilidade e força do membro inferior esquerdo.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

("Vítima em tratamento"

("Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Esquerdo - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Periciada traz consigo exames de raios-x que comprova a existência da fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos.


Dr. Gracine Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554567

Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VIVIANE SIMOES DA COSTA

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554567

Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VIVIANE SIMOES DA COSTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190554567 **Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA**

Data do Acidente: 29/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VIVIANE SIMOES DA COSTA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: VIVIANE SIMOES DA COSTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001961

Conta: 0000073032-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorno 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:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	003.012.523-51	Viviane Simões de Costa	

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

5 - Nome completo:	Viviane Simões de Costa		6 - CPF:	003.012.523-51
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	699
Autônoma	rue 68 C/ 8 Frente			
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	Ribeirão Preto 14.801-365
Centro Jardim I	Ribeirão Preto	SP	15 - Tel. (DDD):	16 - Tel. (DDD): 35-98617-4813
15 - E-mail:				

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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. Assinalar uma opção)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1961 CONTA: 73032 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 Lider 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.

COMPRA SEUS
SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS S/A
REC 26 SET 2013

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nação (velhice): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

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

Assinatura da testemunha
40 - Local e Data, _____ - _____ - _____

Viviane Simões de Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL



Impresso nº 201928358

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 121 - 16 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/01/2019 17:31:40**
Data / Hora da Ocorrência: **29/09/2018 14:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA 111**
Complemento:
Bairro: **CONJUNTO TIMBÓ**
Ponto de Referência:

Município: **MARACANAÚ/CE**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VIVIANE SIMÕES DA COSTA**
Nascimento: **17/09/1984** CPF: **003.012.523-51**
RG: **2001098117857** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **VANDIR SIMÕES DA COSTA**
NÃO CONSTA
Endereço: **RUA 68, 694**
Bairro: **JEREISSATI II**
Município: **PACATUBA/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE**

CEP: **CEP:**
Telefone: **(85) 99660-3966**

Histórico

A vítima qualificada compareceu hoje nesta delegacia e informou que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES, ANO 2010/2011, COR PRETA, PLACA OCQ 9505, que está em nome de JOSÉ CLÉCIO SILVEIRA, pela rua 111, quando um veículo automotor, Hilux de cor prata, e placa desconhecida colidiu na lateral da motocicleta; Que a garupa, sua filha, juntamente com a vítima, caíram da motocicleta; Que no momento da queda bateu a cabeça e fraturou os dedos e joelhos; Que acrescenta que sua filha só ficou com dores lombares; que uma pessoa próxima chamou o samu e foi encaminhada para o Hospital de Maracanaú, sendo transferida para o Hospital Dionísio, e por fim transferida para o Frotinha da Parangaba; Que no momento da colisão a Hilux se evadiu sem prestar socorro; Que está registrando este B.O apenas para acionar com o seguro DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


PAULO CESAR CAMPOS SÁ - MAT.: 30122755

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

Jaelan Alves da Silva
Delegado de Polícia Civil
Mat. 82.769

JAELEN ALVES DA SILVA - MAT.: 82769

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	003.012.523-51	Viviane Simões de Costa	

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

5 - Nome completo:	Viviane Simões de Costa		6 - CPF:	003.012.523-51
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	699
Autônoma	rue 68 C/ 8 Frente			
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	Ribeirão Preto 14.801-365
Centro Jardim I	Ribeirão Preto	SP	15 - Tel. (DDD):	16 - Tel. (DDD): 35-98617-4813
15 - E-mail:				

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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. Assinalar uma opção)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1961 CONTA: 73032 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

COMPRA SEGUROS
E PREVIDENCIAS S/A

REC 26 SET 2013

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 Lider 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

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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nação (velhice): Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Ribeirão Preto - SP - 26/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)