



Número: **0063706-22.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA (AUTOR)		HILTON PEREIRA DE LIMA JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70654 237	06/11/2020 16:10	ANEXO 1	Outros (Documento)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 013ª CIRCUNSCRIÇÃO - MUSTARDINHA - DP13ªCIRC
DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0103000728**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/06/2020** às **15:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/4/2020** às **06:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA IBITIGUARA, 1, PROXIMO A TRES CARNEIROS** - Bairro: **COHAB** - **RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **51330-250**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

- VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA**

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

ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Nome Social: **BETO** Sexo: **Masculino** Mãe: **VERA LUCIA SILVA DE OLIVEIRA** Pai: **PAULO MIGUEL DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **7/7/1982** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2431714/SSP/PE (RG), 02898279498 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Endereço Residencial: **RUA IBITIGUARA, 314 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFM1216** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **331765195**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**



Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE, ESTAVA A CAMINHO DE SUA RESIDÊNCIA QUANDO DESVIOU DE UMA DEPRESSÃO OU BURACO NA ESTRADA, ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA DIREÇÃO E CAIU. DA QUEDA, SOFREU LESÕES (FRATURA DO 2º METATRSO DIREITO) , SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UP DE LAGOA ENCANTADA ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTOS MÉDICOS. PRONTUÁRIO Nº 276407. MÉDICO, DR. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA - CRM 20583. CASO AFETO A DELEGACIA DO IBURA.

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


ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA 3ª Circunscrição Policial
(VITIMA) MISTURADINHA

B.O. registrado por: **JORGE PEREIRA DAMASCENO** - Matrícula: **148721-3**
(Liberado em **08/06/2020** às **15:58**)





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, 13 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200278184 Vítima: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/04/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 01/05/2020, emitido pelo Dr. LEONARDO SILVA CRM nº 20583 - PE, da Instituição HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00965/00966 - carta_31 - INVALIDEZ

00060483



Carta nº 16031716





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, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200278184

Vítima: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

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, contados 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

Carta nº 16007937



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171985/20

Vítima: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

CPF: 028.982.794-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/04/2020

Titular do CPF: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA : 028.982.794-98

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: 22/06/2020
Nome: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA
CPF: 028.982.794-98

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218304/20

Vítima: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

CPF: 028.982.794-98

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/04/2020

Titular do CPF: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA : 028.982.794-98

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: 05/08/2020
Nome: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA
CPF: 028.982.794-98

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218304/20

Vítima: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

CPF: 028.982.794-98

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/04/2020

Titular do CPF: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA : 028.982.794-98

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: 05/08/2020
Nome: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA
CPF: 028.982.794-98

ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



• Solicito que seja verificado o documento em anexo, onde foi constatado uma lesão posterior, detectada pelo plano de saúde.

• CIRURGIA REALIZADA SOB LESÃO M ROTADOR, TENOTOMIA BÍCEPS + ACROMIOPLASTIA OMBRO DÍX.

Solicito que seja analisado.

Att. Alberto Paulo de Oliveira



UNIMED RECIFE III

Local: WSH3CMPR17361 - 41

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: TARCISIO RODRIGUES DE MELO

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PRONTUÁRIO

Declaro para os devidos fins que recebi da instituição UNIMED RECIFE III o prontuário referente ao(s) atendimento(s):

Data	Tipo	Código do Atendimento
08/07/2020	Internação	1553279

Documentos:

08/07/2020	Documento Eletrônico	Prestador: ANDRE VITOR DE ANDRADE GOMES-CRM 13519
------------	----------------------	-------------------------------------------------------------

Autorizador: HOSPITAL UNIMED RECIFE

Nome / Responsável

Nome : ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

Data de Nascimento: 07/07/1982

Nome da Mãe: VERA LUCIA SILVA DE OLIVEIRA

CPF: 02898279498

UNIMED RECIFE III 15/07/2020

PACIENTE:	ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA			PRONTUÁRIO:	0000317824			
DATA DE NASCIMENTO:	07/07/1982			IDADE:	38		SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	08/07/2020			ATENDIMENTO:		1553279		

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

CARTEIRA:	0650010004351942	CRM	15671	
CIRURGIÃO:	CLEBER MACIEL	CRM	13519	COOPERATIVA
1º AUX.:	ANDRE GOMES	CRM	16306	COOPERATIVA
2º AUX.:	RICARDO MONTERIO	CRM		
NEONATOLOGISTA:		CRM		
INSTRUMENTADOR:	LUIX CARLOS	OUTROS PROFISSIONAIS		
ANESTESISTA:	GUILERME QUINTAS	TIPO DE ANESTESIA:	GERAL	
INÍCIO:		TÉRMINO		
		CONTRASTE		
			VOL	ml
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:				

LESAO M ROTADOR OMBRO DIR

CIRURGIA REALIZADA:

VIDEO PARA LESAO M ROTADOR,TENOTOMIA BICIPES + ACROMIOPLASTIA OMBRO DIR

CLASSIFICAÇÃO CIRÚRGICA SEGUNDO POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO:

DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

PACIENTE DECUBITO LATERAL
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
CRIAÇÃO PORTAIS ANTERIOR , LATERAL E POSTERIOR OMBRO DIR
COLOCAÇÃO 2 CANULAS
IRRIGAÇÃO SORO FISIOLÓGICO COM EQUIPO DE BOMBA DE INFUSÃO
TENOTOMIA CABEÇA LONGA BICEPS
REPARO LESÃO ANTERIOR M. ROTADOR COM 1 ANCORA 5.0 METÁLICA
HEMOSTASIA COM PONTEIRA RADIO FREQUENCIA
SINOVECTOMIA COM LAMINA SHAVER SINOVIAL
ACROMIOPLASTIA COM LAMINA SHAVER ACROMIONIZER
SUTURA PORTAIS COM NILON 3,0
CURATIVO

REGISTRO DE MATERIAIS ESPECIAIS

QUANTIDADE	TIPO
------------	------

HOSPITAL UNIMED RECIFE III

CNPJ Nº 11.214.624/0019-57

JOSE DE ALENCAR, nº 770, ILHA DO LEITE - RECIFE - PE CEP 50070-030

FONE: (81) 3320-7500



PACIENTE:	ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA		PRONTUÁRIO:	0000317824		
DATA DE NASCIMENTO:	07/07/1982		IDADE:	38	SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	08/07/2020		ATENDIMENTO:	1553279		

01	PONTEIRA
02	LAMINAS SHAVER
02	CANULAS
01	EQUIPO
01	ANCORA METALICA

DATA HORA PREENCHIMENTO

08/07/2020 14:10:39

PRESTADOR

ANDRE VITOR DE ANDRADE GOMES

CONSELHO

CRM - 13519

HOSPITAL UNIMED RECIFE III

CNPJ Nº 11.214.624/0019-57

JOSE DE ALENCAR, nº 770, ILHA DO LEITE - RECIFE - PE CEP 50070-030

FONE: (81) 3320-7500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/11/2020 16:10:45
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616104581800000069275753>
Número do documento: 20110616104581800000069275753



Nome: **ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA**

Nasc.: 07/07/82 - 37 ano(s)

Idade:

Endereço: , nº , -

Data/hora: 03/04/2020 - 09:21

Nº registro: **276407**

Sexo: Masculino

Fone:

Nº pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

03/04/2020 - CIBELE LETICIA

SENHA: N044

Classificação de Risco: NÃO URGENTE - VERDE

Especialidade: ORTOPEDIA

Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - ORTOPEDIA

NAMNESE ENFERMAGEM

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

Dor MMII - Edema

PACIENTE QUEIXA-SE DE DOR EM PÉ DIREITO + EDEMA APÓS TRAUMA HOJE PELA MADRUGADA

EXAME FÍSICO:

PA: 120 x 80 mmHg | Temperatura:

FC: 86 Bpm | Sat O2: | Peso: | Altura:

OBSERVAÇÕES:

News Total Score: 0

Dr.ª CIBELE LETICIA DE ALCANTARA
COREN : 589061

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Assinatura do profissional: CIBELE LETICIA DE ALCANTARA, Data e Hora: 03/04/2020 09:24:12.

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA

Rua Vale do Itajaí, s/n - Lagoa Encantada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180

CNPJ: 10.583.920.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4616 | www.upalibura.org.br





Nome: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA
Data de Nascimento: 07/07/82 - 37 anos (s)
Mãe: VERA LUCIA SILVA DE OLIVEIRA
Endereço: R IBITIGUARA, nº 314, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 03/04/2020 - 09:28

Nº registro: 276407
Sexo: Masculino
Fone: 81988370225
Nº pág.: 1/1

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

TRAUMA CONTUSO NO PE DIR HA 10H

Exame Físico:

ESCORIAÇÃO E EDEMA NO MEDIOPE

Resultados de Exames:

Conduta:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

009 - Traumatismo superficial do tornozelo e do pé, não especificado

Óbito: Não

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM: 20583

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA. CRM: 20583. Data e Hora: 03/04/2020 09:33:07.

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA

Rua Vale do Itajal, s/n - Lagoa Encantada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180
CNPJ: 10.583.970.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4616 | www.upaibura.org.br





Nome: **ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA**
Dt. Nasc.: 07/07/82 - 37 ano (s)
Idade:
Endereço: , nº , -
Data/hora: 03/04/2020 - 09:21

Nº registro: **276407**
Sexo: Masculino
Fone:
Nº pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
03/04/2020 - CIBELE LETICIA

SENHA: N044

Classificação de Risco: NÃO URGENTE - VERDE
Especialidade: ORTOPEDIA
Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - ORTOPEDIA

ANAMNESE ENFERMAGEM

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

Dor MMII - Edema

PACIENTE QUEIXA-SE DE DOR EM PÉ DIREITO + EDEMA APÓS TRAUMA HOJE PELA MADRUGADA

EXAME FÍSICO:

: 120 x 80 mmHg | Temperatura:
| Sat O2: | FC: 86 Bpm | Peso: | Altura:

OBSERVAÇÕES:

Score Total Score: 0

Dr.ª CIBELE LETICIA DE ALCANTARA
COREN : 589061

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: CIBELE LETICIA DE ALCANTARA. Data e Hora: 03/04/2020 09:24:12.

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA
Rua Vale do Itajai, s/n - Lagoa Encantada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180
CNPJ: 10.583.920.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4616 | www.upaibura.org.br





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) **Sr.(a) ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA**, foi atendido na Unidade de Pronto Atendimento - UPA Ibura.

CID: S923

Data: 01/05/2020

- (??) Necessitando de ?? (??) dias de afastamento de suas atividades (do trabalho ou escola);
→ (X) Estando apto(a) para voltar as suas atividades;
() Como acompanhante;
() Declaração de consulta médica hoje;
() Outros ??

Recife, 01/05/2020

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM: 20583

Dr. Leonardo Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 20.583

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA
Rua Vale do Itajai, s/n - Lagoa Encantada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180
CNPJ: 10.583.920.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4616 | www.upaibura.org.br





NOME: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA
DATA: 01/05/2020

LAUDO MÉDICO

PACIENTE SUPRACITADO COM RELATO DE TRAUMA CONTUSO NO PÉ DIREITO OCORRIDO NO DIA 03/04/20 SECUNDÁRIO A QUEDA DE MOTO. NO MOMENTO DO ATENDIMENTO FOI FLAGRADA FRATURA DO 2º METATARSO DIREITO SEM DESVIO CIRÚRGICO. REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR COM APARELHO GESSADO BOTA DURANTE QUATRO SEMANAS. RADIOGRAFIA DE HOJE EVIDENCIA FRATURA CONSOLIDADA.

CD: PACIENTE APTO AO RETORNO LABORAL
CID10: S923

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM: 20583

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA

Rua Vale do Itajai, s/n - Lagoa Encantada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180
CNPJ: 10.583.920.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4616 | www.upaibura.org.br

Dr. Leonardo Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 20.583



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

NOME
ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5431714 SSP PE

CPF
028.982.794-98

DATA NASCIMENTO
07/07/1982

FILIAÇÃO
PAULO MIGUEL DE
OLIVEIRA
VERA LUCIA SILVA DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
01595882610

VALIDADE
24/12/2020

1ª HABILITAÇÃO
29/12/2000

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1219590269

OBSERVAÇÕES

Exerce Ativ Remunerada

Alberto Paulo de Oliveira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

DATA EMISSÃO
28/12/2015

[Signature]

ASSINATURA DO EMISSOR

80393896213
PE070589453

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219590269



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

PE Nº 015458866308 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RECIFE-PE

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2020

13/03/20

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

020.982.794-90

PEM1216

RENAVAM

MARCA / MODELO

021765135

HONDA / XRE 300

ANO FAB.

CAT. TARIF.

Nº CHASSI

2011

09

9C2ND0910BR206058

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

3.65

0.41

4.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

4.15

0.05

12.30

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☒

COTA ÚNICA

☐

PARCELADO

12/02/20

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

JUL 2019

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200278184 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 03/04/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METATARSO DO PÉ DIREITO, SEM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 8 (&, SEQ 3, SEM SEQUELA PELA AMD)

NÃO FOI POSSÍVEL ESTABELECEER NEXO CAUSAL COM O DOCUMENTO HOSPITALAR ACOSTADO (FOLHA CIRÚRGICA) NA PÁGINA 2 E O ACIDENTE EM QUESTÃO, TENDO EM VISTA NÃO CONSTAR NAS DOCUMENTAÇÕES HOSPITALARES DATADAS DA ÉPOCA DO ACIDENTE, NENHUMA INFORMAÇÃO DE FRATURA E/OU LUXAÇÃO EM OMBRO DIREITO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 486/2012

5 - Nome completo: **ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA** 6 - CPF: **028.982.794-98**
7 - Profissão: 8 - Endereço: **Rua: IBITIQUARA** 9 - Número: **314** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **IBUKA** 12 - Cidade: **RECIFE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **51380-270**
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): **81 98877-0925**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ RECLUSO 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote 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: **BANCO ITAÚ**
AGÊNCIA: **6318** CONTA: **42230** **7**
(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 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 LIDER 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Gostou de Pareceres 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 parentes (ternos)? ☐ 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 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 486/2012

5 - Nome completo: **ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA** 6 - CPF: **028.982.794-98**

7 - Profissional: 8 - Endereço: **Rua: IBITIQUARA** 9 - Número: **314** 10 - Complemento: **CASA**

11 - Bairro: **IBUKA** 12 - Cidade: **RECIFE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **51380-270**

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): **81 98877-0925**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ RECLUSO 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote 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: **BANCO ITAÚ**

AGÊNCIA: **6318** CONTA: **42230**
(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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Gostei de Parecer 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 resíduo (herança)? ☐ 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

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 486/2012

5 - Nome completo: **ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA** 6 - CPF: **028.982.794-98**
7 - Profissão: 8 - Endereço: **Rua: IBITIQUARA** 9 - Número: **314** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **IBUKA** 12 - Cidade: **RECIFE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **51380-270**
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): **81 98877-0925**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ RECLUSO 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote 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: **BANCO ITAÚ**

AGÊNCIA: **6318** CONTA: **42230**
(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 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 LIDER 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Gostei de Parecer 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 netos/netas? ☐ 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 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

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019