

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Adson Rodrigues FariaDATA DA ENTRADA: 12/12/2020DATA DA SAÍDA: 17/12/2020

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO:

PS ()

ENFERMARIA ()

UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente de trânsito com trauma exposto do 1º PDD, com amputação traumática de 3º PDD e fratura fechada do 5º PDD. Foi realizada regularização do caso de amputação sem interrupção. Evolução boa e teve alta hospitalar.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Regularização do 5º PDD de amputação do membro D.

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de D.

MÉDICOS ASSISTENTES:

D. Mikael Brandt Trevis
D. Adson Luiz Rodrigues

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X)

TRANSFERIDO ()

ÓBITO ()

ARACAJU, 10 de junho de 2021.

Sheila P. B. L.
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Prontuário Médico e Dentário
com impressões
unidade de prontuário
1444-1444



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO

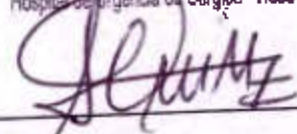


Aracaju, 04 de Janeiro de 2021

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fazem necessários, que o paciente **Adson Rodrigues Santos**, filho de Roberto Rodrigues Santos e Maria Izabel Santos, deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 12/12/2020, com Boletim de Emergência nº 216722 e Prontuário médico nº 194568. Contudo, no ato da sua admissão, seu nome foi digitado erroneamente como: Adsson Rodrigues dos Santos.

Adiel Freire Cupertino
RT - Same
Hospital de Urgência do Sergipe - Huse


HUSE/HGJAF/SAME

...the ...
...the ...
...the ...

...the ...
...the ...
...the ...

MS/DATASUS		HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE	
No. DO BE: 216722		DATA: 12/12/2020	HORA: 18:48
CNS:		SETOR: 06-SUTURA	USUARIO: ACFERREIRA
IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME	: ADSSON RODRIGUES DOS SANTOS	DOC...	
IDADE.....	: 18 ANOS	NASC: 26/05/2002	SEXO...: MASCULI
ENDERECO.....	: RUA B\LOT MARACAJU I	NUMERO: 332	
COMPLEMENTO...	: BAIRRO: CIDADE NOVA		
MUNICIPIO.....	: ARACAJU	UF: SE	CEP...: 49000-0
NOME PAI/MAE..	: ROBERTO RODRIGUES DOS SANTOS /MARIA IZABEL SANTOS		
RESPONSAVEL...	: SANMU A MAE	TEL...: 7993174	
PROCEDENCIA...	: ARACAJU - CAPITAL		
ATENDIMENTO...	: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)		
CASO POLICIAL..	: NAO	PLANO DE SAUDE....: NAO	TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO:	: NAO	VEIO DE AMBULANCIA: NAO	
PA: [	X	mmHg]	PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []
EXAMES COMPLEMENTARES:	[] RAIO X	[] SANGUE	[] URINA [] TC
	[] LIQUOR	[] ECG	[] ULTRASSONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO			
DADOS CLINICOS:		DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___	
18:45 - Paciente notou dor na coxa esquerda ao tentar levantar-se do chão.			
Nase de dor			
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO:		CID:	
PRESCRICAO		HORARIO DA MEDICACAO	
① Analg. 200mg			
② Analg. 200mg			
③ Analg. 200mg			
④ Analg. 200mg			
⑤ Analg. 200mg			
DATA DA SAIDA: / /		HORA DA SAIDA: :	
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A		[] EVASAO [] DESISTENCIA	
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO			
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):			
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):			
OBITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAT			
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO	

HUSE

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

Fundação
Hospitalar
de Sergipe

FICHA DE ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MONITORAMENTO

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO

IDADE:

ETNIA:

DATA:

HORA:

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SITUAÇÃO / QUEIXA:

#807 Vítima de acidente de moto
19:52h Amputação traumática da
mão esquerda + fratura fechada 5º Q.D. +
LUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

(C) Intermissoes por 11-20 dias

VERMELHO	ARANHA	AMARELO	VERDE
0 MIN	MUITO URGENTE 10 MIN	URGENTE 60 MIN	POUCO URGENTE 120 MIN
			NÃO URGENTE 240 MIN

OBSERVAÇÃO: Aguardando 50' (2º da fila)

-X SAT

Dr. Hildebrando L. B. Neto
Ortopedista
CRM-3215 - TEL: 42.833

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.: COREN: ASSINATURA:

COORDENADOR: DATA: HORA:

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE: ENF.: COREN:

DISCRIMINADOR
às ____ h ____ min.

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)



HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNAÇÃO
Código do Prontuário - 194568

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ADSSON RODRIGUES DOS SANTOS
CNS: 706004382175648
Data Nascimento: 26/05/2002 Idade: 18 Anos Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA IZABEL SANTOS
Endereço: Rua B (Lot Maracaju I)
Bairro: Cidade Nova Município: - SE
Cep: 490.70-784
Nacionalidade: Brasileiro Naturalidade: SE

DADOS DA INTERNAÇÃO

Forma de Entrada: Emergência Número do BE: 216722
Bloco: BLOCO CIRÚRGICO
Clínica: CENTRO CIRÚRGICO - SRPA
Leito: EX SRPA - L18
Data/Hora Internação: 12/12/2020 20:13
CID Principal:
CID Secundário:

INFORMAÇÕES DE SAÍDA

Especialidade: Clínica médica
Data/Hora de Saída:
Tipo de Saída:
Identif. Operador:

Data Impressão: 12/12/2020 20:13

SGL - Versão: V.1.4.0

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

DATA: 15/11/2020

LEITO 13

NOME: *Blair*

DIAGNÓSTICO: *fratura de fêmur*

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gelco Salinizado	
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g IV 6/6hs	
4º. S. Fisiológico 1000 cc 24hs	
5º. Dipirone 2ml + 8 ml AD IV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	SOS
6º. Nauseidon 3mg IV 08/08hs	SOS
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg IV ou VO às 6hs	
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% IV ou VO 8/8hs	SOS
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% IV 12/12hs	SOS
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg	SOS
11º. Luftal 40 gts VO de 8/8 hs	SOS
12º. Clexane 60mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	
13º. Dextro 6/6hs se Diabético	
14º Insulina Regular SC, após o dextro.	
201 - 250: 02UI	301 - 350: 06UI
251 - 300: 04UI	351 - 400: 08UI
> ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	
17º Óleo Mineral ou Lactulose 20 ML, VO se não apresentar dejeções	
18º Sonda Vesical de Alívio SN	
19º	
20º	
21º	
22º	

EVOLUÇÃO:

Blair
15/11/2020
Dr. Antônio Francisco Coimbra
Ortopedia e Traumatologia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

DATA: 15/11/2020

LEITO 15

NOME:

DIAGNÓSTICO:

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gelco Salinizado	
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g IV 6/6hs	
4º. S. Fisiológico 1000 cc 24hs	
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD IV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	SOS
6º. Nauseidon 8mg IV 08/08hs	SOS
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg IV ou VO às 6hs	SOS
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% IV ou VO 8/8hs	SOS
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% IV 12/12hs	SOS
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg	SOS
11º. Lufal 40 gts VO de 8/8 hs	SOS
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	
13º. Dextro 6/6hs se Diabético	
14º Insulina Regular SC, após o dextro.	
201 - 250: 02UI	301 - 350: 06UI
251 - 300: 04UI	351 - 400: 08UI
> ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia	SF 0,9% + Gazes
16º SSVV 6/6hs	
17º Óleo Mineral ou Lactulona 20 cc VO se não apresentar dejeção:	
18º Sonda Vesical de Alívio SN	
19º	
20º	
21º	
22º	

EVOLUÇÃO:

Dr. Antônio Franco Colares
CRM: 56.850
Ortopedia e Traumatologia

Nome do Paciente:

Adriano Rodrigues da Silva

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

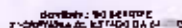
13/12/2020 -

Paciente em PG

Assimptomático - Hemodinâmico

em PG

Dr. Adriano Rodrigues
Ribeiro
3189



12. 1970-1971



Página nº

INDICAÇÕES DE ENFERMAGEM

Edmon Rodrigues dos Santos

36x0!

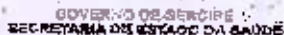
15

U.P.:

112

Matrícula:

15	18.1	Paralelo ao solo caudo, con-
17		stante subalterando na m-
19		de 400 m de altura + 1000
21	19.1	Folhas curtas, lanceoladas, com
		um nervo principal e de 10 a 15
		segmentos, com nervos de
		paralelos. Li. perianth



EVOLUÇÃO DE ENTREMAGEM



Fundação
Hospital
de Saúde

Nome do Paciente:	Roberto Rodrigues dos Santos	Idade:	18	Sexo:	M
Unidade de Produção:	1	Leito:	1	Nº do Prontuário:	719556

[illegible]

13/12/20	16h	Administração multicausal de medicação	447
14/12/20	18h	Administração medicamentosa em 14h 30 min	448
		per curculos de enfermagem	
	20h	Perf. de 9h 30 min	449
	21h	Perf. de 10h 30 min	450
	24h	Perf. de 11h 30 min	451
	02h	Perf. de 12h 30 min	452
	06h	Perf. de 13h 30 min	453
	08.00	Paciente encontra-se no leito, consciente, verbalizando, acordado acordado com queixas de dor de AVP em M.S.E., O.D. administração de analgésico conforme prescrição médica. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.	
	09.00	Realizada limpeza no leito, troca de lençol, troca de fralda, curativo no membro M.S.D. e M.S.E. e higiene bucal. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. Est. Tec. S. R. Mar. Elisabete S. S. R. R.	
		11h	
	12h	Paciente está em internação regular.	
	14h	Paciente no leito, calma, consciente, orientado, verbalizando, com AVP. Hidratado.	
	16h	Administração medicamentosa de 16h 30 min, recebe banho de higiene.	
	18h	Realizada 10.00 AVP em M.S.E. com febre 38.0 e hidratado. Segue com queixas.	
	20h	Realizada 11.00 AVP em M.S.E. com febre 38.0 e hidratado. Segue com queixas.	
	22h	Realizada 12.00 AVP em M.S.E. com febre 38.0 e hidratado. Segue com queixas.	
	00h	Realizada 13.00 AVP em M.S.E. com febre 38.0 e hidratado. Segue com queixas.	
	02h	Realizada 14.00 AVP em M.S.E. com febre 38.0 e hidratado. Segue com queixas.	
	04h	Realizada 15.00 AVP em M.S.E. com febre 38.0 e hidratado. Segue com queixas.	
	06h	Realizada 16.00 AVP em M.S.E. com febre 38.0 e hidratado. Segue com queixas.	
	08h	Paciente em internação.	

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Almair Rodriquez de Santo

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: Fistula Externa p. D (Ampu toco)

CIRURGIA REALIZADA: Ampu toco HOLLER

CIRURGIÃO: Almair Rodriquez

AUXILIARES:

ANESTESIA:

ANESTESISTA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO:

() CIRURGIA LIMPA

(X) CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA

() CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM (X) NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI

() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

① Pet em DDH rob. com feixe. Assup no
1. anti-nupria e/ Colocação Com pa
Ext. nris.

② Limp. do m. c. nris. e/ SF 0,9%
Des. p. d. nris. e/ C. nris. g. nris.

③ Ampu toco HOLLER; Limp. do f. nris.
sup. to 4.º P. d. g. +

④ S. nris. f. nris.

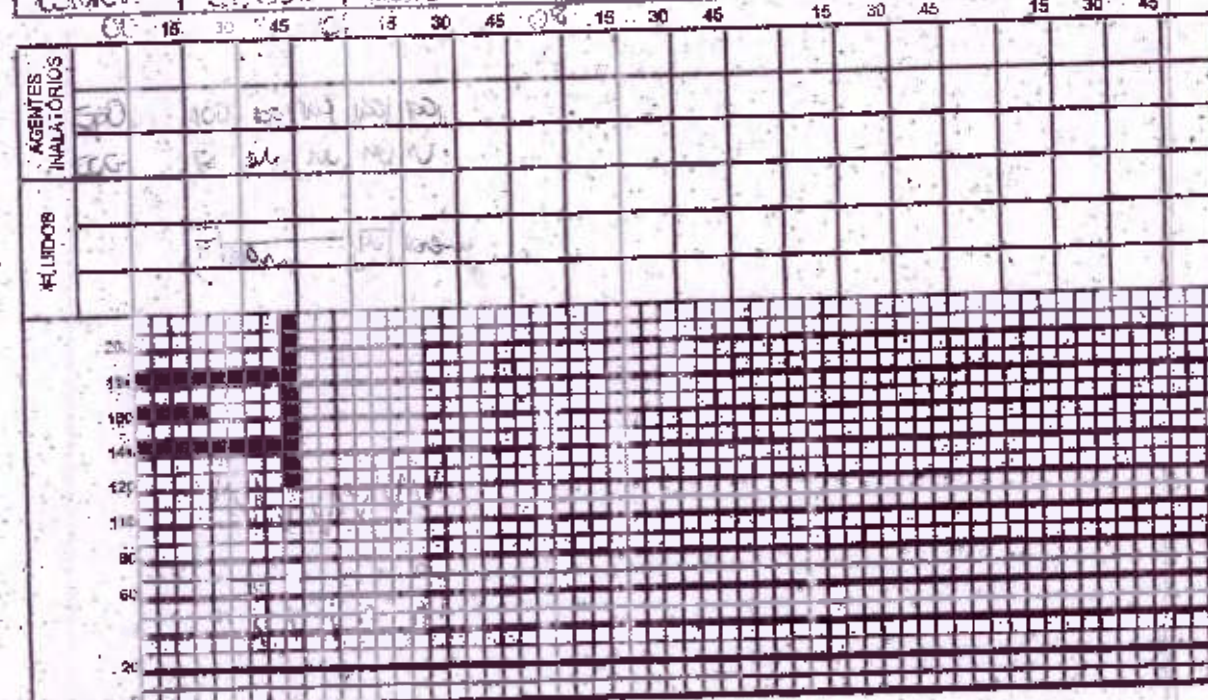
⑤ C. nris. l. nris.
A RPA BE6

DATA: 13/12/2020

Dr. Alisson Luis Lima Rodrigues
Protopatologia
RIM 3129

Assinatura do Cirurgião

HUSE		BOLETIM DE ANESTESIA		 	
PACIENTE: <u>Diogenes Pereira da Silva</u>			REGISTRO:		
UNIDADE:		MÉDICO:		LEITO:	
CIRURGIA PROGRAMADA: <u>Amputação do pé direito</u>		CIRURGIA REALIZADA: <u>A proposta</u>		DATA: <u>18/12/13</u>	
ANESTESIOLOGISTA: <u>ET MACHADO LAMARCA</u>		TÉCNICA ANESTÉSICA: <u>RAQUIDIANESTESIA + SEDACAO</u>		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:	
CIRURGIÃO: <u>Bussoli</u>		AUXILIAR:		ASA: <u>II</u>	
HORA DE INÍCIO: <u>08:40h</u>	HORA DE TÉRMINO: <u>09:30h</u>	ACESSO VENOSO: <u>ICV</u>	POSIÇÃO: <u>DOM</u>		



DEC OUTROS		MÉDICO: <u>ET MACHADO LAMARCA</u>		COPIA DESTA FOLHA PARA CRPA	
MONITORIZAÇÃO	PA NÃO INVASIVA	☒	PVC		
	PA INVASIVA	☐	TEMPERATURA		
	ELETROCARDIOGRAFIA	☒	DIURESE		
	OXIMETRIA	☒	VENTILAÇÃO		
	CAPNOGRAFIA	☐	PAM		
DOSE		ANTIBIÓTICO PROFILAXIA			
1. FENTANIL 100mcg		NOME: <u>Cefazolina (W) 2g</u>			
2. Midazolam 10mg		1. Dose em: <u>horas</u>			
3. Bupivacaína 0.5% (100ml)		2. Dose em: <u>horas</u>			
4. Propofol 100mg		3. Dose em: <u>horas</u>			
5. Oximetazolina (W) 10mg					
6. Diplopina 1mg					
7. Ondansetrona (W) 8mg					
8. Codeína 100mg					
		OBSERVAÇÕES:			
		<u>Pré-anestesia realizada com sucesso. Paciente sedado e intubado. Monitorização adequada.</u>			
		<u>Amputação realizada sem incidentes. Hemostase adequada.</u>			
		<u>Paciente acordado e em boas condições. Alta planejada para 24h.</u>			

Próximo passo:



Adaptado do Impresso elaborado pelos integrantes da Unidade de Centro Cirúrgico (LAUCC) da Universidade Estadual, 2019, 2 sob orientação dos
Sylvio Saraceni e Alexandre Vassoncelos

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3220005897

Data da solicitação: 09/06/2022
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: ADSON RODRIGUES SANTOS

CPF do beneficiário: 120.088.525-20

Nome do solicitante: ADSON RODRIGUES SANTOS

CPF do solicitante: 120.088.525-20

DADOS PARA CONTATOTel. Celular: (79) 99969-0167
DDDTel. Comercial: (79) 98809-0167
DDDTel. Residencial: (79) 3222-0817
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☐ DISCORDO DA NEGATIVA☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☐ NÃO☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:☒ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SOLICITEI A INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PROCESSO DE INVALIDEZ, PORÉM O VALOR LIBERADO NÃO CORRESPONDE ÀS MINHAS FRATURAS E SEQUELAS EXISTENTES. FRATUREI O 4º E 5º DEDO DO PÉ E AMPUTEI O HALUX.

DESSA FORMA, SOLICITO A REANÁLISE DO MEU PROCESSO DE INVALIDEZ E QUE SEJA AGENDADA UMA PERÍCIA MÉDICA PARA QUE O MÉDICO PERITO POSSA AVALIAR MINHAS FRATURAS E AS SEQUELAS EXISTENTES, POIS FRATUREI O 4º E 5º DEDO DO PÉ E AMPUTEI O HALUX.

ARACAJU-SE, 09 DE JUNHO DE 2022

Local e Data



Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



Prontoclínica
ORTOPÉDICA

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, 460
São José | Aracaju/SE | CEP: 49015-230
CNPJ: 16.213.001/0001-54

☎ (79) 3205-6550
📞 (79) 99612-5418
prontoclinicaortopedica.com.br

Adron Rodrygo Sento

CPF: 120.088.525-20

Paciente, 20 anos, com história de acidente de moto em 12/12/2020, onde sofreu trauma no pé (D), que ocasionou fratura do hálux (D), fratura exposta do 4º dedo pé (D) e fratura fechada do 5º dedo pé (D). Foi tratado cirurgicamente com regularização de eixo do hálux (D) e limpeza cirúrgica 4º dedo e imobilização. A presente com o sequel e angustia do hálux (D), sendo deficiência física com perda funcional 75% do movimento de pronação do pé. Sequela física

(+): 592 + 598.]

Kleberton César
Ortopedista - Aracaju - SE
CRM 949 / 1998

02/06/22





Cliente

Nome

ADSON R SANTOS

Agência

5985-4

Conta

14.540-8

Movimento

Data	Dep. origem	Histórico	Documento	Valor	Saldo
15/04/2021		Saldo Anterior			0,00 C
Saldo					0,00 C
Juros *					0,00
Data de Debito de Juros				01/06/2021	
IOF *					0,00
Data de Debito de IOF				01/06/2021	

(*)Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.

Informações Adicionais

Impresso em: 04.05.2021 Às 10:55:58

Central de Atendimento BB - 4004 0001 ou 0800 729 0001
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC - 0800 729 0722
Ouvidoria BB - 0800 729 5678
Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 729 0088



INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais

ADSON RODRIGUES SANTOS

LAUDO Nº DP 71/2021

ESTE CONFERE COM O ORIGINAL

Em 16/03/2021
ABD



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

sexta-feira, 26 de fevereiro de 2021

Nº Laudo
DP 71/2021

Dados Da Vítima

Nome da Vítima	Nascimento	Idade	Naturalidade
ADSON RODRIGUES SANTOS	26/05/2002	19	ARACAJU
Estado Civil	Sexo	Cor	Profissão
SOLTEIRO	MASCULINO	PARDA	SERVENTE DE OBRAS
Instrução	Nome da Mãe	Nome do Pai	
1º Grau Incompleto	MARIA IZABEL SANTOS	ROBERTO RODRIGUES DOS SANTOS	
Endereço	Bairro	Município	
R JASIEL DE BRITO CORTES, Nº 302	CIDADE NOVA	ARACAJU/SE	
Nome da Autoridade	Função	Unidade	
BELª DANIELA RAMOS L. BARRETO	BELª DANIELA RAMOS L. BARRETO	DEPT	

1º Perito Relator	Cremeset/Cross	2º Perito Relator	Cremeset/Cross
DR. JACSON LEAL DA COSTA	5541		LAUDO Nº71/2021

Local da Perícia	Tipo	Causa
Salá do IML		

Historico/Descrição

Historico

Relata o periciado que foi vítima de acidente de trânsito (colisão moto x obstáculo), fato ocorrido às 17h15 do dia 12/12/2020 nesta cidade.

Descrição

Apresenta-se com relatório médico assinado por Dra. Ana Luiza P. Barreto, protocolo de processo do HUSE, onde relata que paciente foi vítima de acidente de trânsito de moto com fratura exposta do 1º quirodáctilo direito com amputação traumática. Fratura fechada do 5º pododáctilo direito e fratura exposta do 4º pododáctilo direito. Foi realizado regularização do coto de amputação sem intercorrência. Evolui bem.

Ao exame: mancha esbranquiçada em região de dorso do pé direito sugestiva de ferimento cicatrizado; ferimento cirúrgico em região de antepé de aproximadamente 5,0 cm de comprimento; presença de coto de 1º pododáctilo direito (amputação); edema e redução dos movimentos em 4º pododáctilo direito.

Comentário Médico/Conclusão/Questões Respostas

Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e a ação contundente. As lesões não resultaram em perigo de vida, porém se fez necessário afastá-lo de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias.

[Assinatura]
2021-02-26 10:00:00
2021-02-26 10:00:00
2021-02-26 10:00:00
2021-02-26 10:00:00
2021-02-26 10:00:00
2021-02-26 10:00:00
2021-02-26 10:00:00
2021-02-26 10:00:00
2021-02-26 10:00:00
2021-02-26 10:00:00

[Assinatura]

Conclusão

- 1) Houve ofensa à integridade física da vítima.
- 2) Lesões produzidas por ação contundente.
- 3) Exame realizado às 09h20 do dia 26/02/2021.

Quesitos/Respostas

1º) Houve ofensa a integridade ou a saúde do paciente?

Sim.

2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

Contundente.

3º) A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou por meio inulcero ou cruel, ou que podia resultar perigo comum?

Não.

4º) Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias?

Sim.

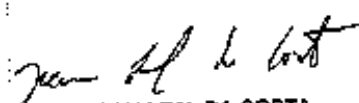
5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

6º) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?

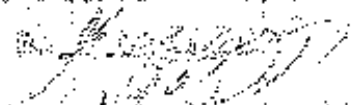
Sim, coto de 1º pododáctilo direito (amputação) e redução dos movimentos em 4º pododáctilo direito.

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confira com o original em arquivo digital, disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.


DR. JACSON LEAL DA COSTA
6541

LAUDO Nº71/2021

ESTE LAUDO TEM VALOR DE ORIGINAL





RELATÓRIO REFERENTE À OCORRÊNCIA

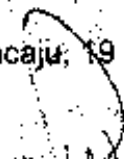
NÚMERO 2012120946/ ESUS - SAMU

e - DOC 020000.45754/2021-3

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 17h51min do dia 12 de dezembro 2020, para atendimento de vítima identificada como, **Adson Rodrigues Santos** com relato de queda de moto no município de Aracaju.

A equipe do **Unidade de Suporte Básico - Aracaju** removeu a vítima do local do acidente para o **Hospital de Urgência de Sergipe, Gov. João Alves Filho** no município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe médica.

Aracaju, 19 de maio de 2021


Leonardo V. Werner
Médico
CRM - 4429

Coordenação Médica

SAMU 192 SERGIPE

RELATÓRIO REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO 2012120946/ ESUS – SAMU

e – DOC 020000.45754/2021-3

O **SAMU 192 SERGIPE** foi acionado às **17h51min** do dia **12 de dezembro 2020**, para atendimento de vítima identificada como, **Adson Rodrigues Santos** com relato de queda de moto no município de Aracaju.

A equipe do **Unidade de Suporte Básico – Aracaju** removeu a vítima do local do acidente para o **Hospital de Urgência de Sergipe, Gov. João Alves Filho** no município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe médica.

Aracaju, 19 de maio de 2021

Leandro V. Werner
Médico
CRM - 4426

Coordenação Médica

SAMU 192 SERGIPE



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3220005897

Data da solicitação: 09/06/2022
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: ADSON RODRIGUES SANTOS

CPF do beneficiário: 120.088.525-20

Nome do solicitante: ADSON RODRIGUES SANTOS

CPF do solicitante: 120.088.525-20

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (79) 99969-0167
DDD

Tel. Comercial: (79) 98809-0167
DDD

Tel. Residencial: (79) 3222-0817
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SOLICITEI A INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PROCESSO DE INVALIDEZ, PORÉM O VALOR LIBERADO NÃO CORRESPONDE ÀS MINHAS FRATURAS E SEQUELAS EXISTENTES. FRATUREI O 4º E 5º DEDO DO PÉ E AMPUTEI O HALUX.

DESSA FORMA, SOLICITO A REANÁLISE DO MEU PROCESSO DE INVALIDEZ E QUE SEJA AGENDADA UMA PERÍCIA MÉDICA PARA QUE O MÉDICO PERITO POSSA AVALIAR MINHAS FRATURAS E AS SEQUELAS EXISTENTES, POIS FRATUREI O 4º E 5º DEDO DO PÉ E AMPUTEI O HALUX.

ARACAJU-SE, 09 DE JUNHO DE 2022

Local e Data

x Adson Rodrigues Santos

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



Prontoclínica
ORTOPÉDICA

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, 460
São José | Aracaju/SE | CEP: 49015-230
CNPJ: 16.213.001/0001-54

☎ (79) 3205-6550
📞 (79) 99612-5418
prontoclinicaortopedica.com.br

Adron Rodrygo Santos

CPF: 120.088.525-20

Paciente, 20 anos, com história de acidente de moto em 12/12/2020, onde sofreu trauma no pé (D), que ocasionou angulação do hálux (D), fratura exposta do 4º dedo pé (D) e fratura fechada 5º dedo pé (D). Foi tratado cirurgicamente com regularização de eixo do hálux (D) e limpeza cirúrgica 4º dedo e imobilização. A presente com o sequel e angulação do hálux (D), sendo deficiência física com perda funcional 75% do movimento de pronosupinação do pé. Sequela funcional (D): 592 + 598.]

Kleberton César
Ortopedista - Aracaju - SE
CRM 9491 / 1998-1999

02/06/22

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3220005897**Cidade:** Aracaju**Natureza:** Invalidez Permanente**Vítima:** ADSON RODRIGUES SANTOS**Data do acidente:** 12/12/2020**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2022**Valoração do IML:** 0**Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 1º, 4º E FECHADA DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DO 1º DEDO) E ALTA MÉDICA. (P1 P17 P19)**Sequelas permanentes:****Sequelas:****Documento/Motivo:****Nome do documento
faltante:****Apontamento do Laudo
do IML:****Conduta mantida:****Quantificação das
sequelas:****Documentos
complementares:**

Observações: TRATA-SE DE REANÁLISE, VÍTIMA INDENIZADA NESTE SINISTRO APÓS AMD EM 02/05/2022 EM PERDA ANATÔMICA TOTAL DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO E DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO. CONFORME LAUDO PERICIAL DO IML-SE Nº 71/2021 DE 26/02/2021.
@(ABA OUTROS P.2)SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 0 %	0%	R\$ 0,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220005897 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS **Data do acidente:** 12/12/2020 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º, 4º E FECHADA DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DO 1º DEDO) E ALTA MÉDICA. (P1 P17 P19)

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA TOTAL DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO E DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: TRATA-SE DE REANÁLISE, VÍTIMA INDENIZADA NESTE SINISTRO APÓS AMD EM 02/05/2022 EM PERDA ANATÔMICA TOTAL DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO E DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO. CONFORME LAUDO PERICIAL DO IML-SE Nº 71/2021 DE 26/02/2021. CONDUTA MANTIDA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220005897 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS **Data do acidente:** 12/12/2020 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º, 4º E FECHADA DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DO 1º DEDO) E ALTA MÉDICA. (P1 P17 P19)

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA TOTAL DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO E DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORMA LAUDO PERICIAL DO IML-SE Nº 71/2021 DE 26/02/2021

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220005897 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS **Data do acidente:** 12/12/2020 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º, 4º E FECHADA DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DO 1º DEDO) E ALTA MÉDICA. (P1 P17 P19)

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA TOTAL DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO E DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORMA LAUDO PERICIAL DO IML-SE Nº 71/2021 DE 26/02/2021

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou AIL: 130099524-20 2 - Nome completo da vítima: Wilson Rodrigues Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSP Nº 632/2023

3 - Nome completo: Wilson Rodrigues Santos 4 - CPF: 130.099.524-20

5 - Profissão: Advogado 6 - Endereço: Rua Girão Soares Santos 7 - Cidade: Curitiba 8 - Estado: PR 9 - CEP: 84020-320 10 - Complemento: 11 - Bairro: Colúmbia Nova 12 - Cidade: Curitiba 13 - Estado: PR 14 - CEP: 84020-320 15 - E-mail: wrodrigues@adv.br

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$2.500,00 ☐ SEM RENDA

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342) ☐ Banco do Brasil (201) ☐ Caixa Econômica Federal (204) Nome do BANCO: UBSAUX (360)

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 9999999999999999

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representada.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com as quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMIL - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atenda 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou ascendente ou descendente? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Declaro, sob as penas da Lei, que sou o único beneficiário do Seguro DPVAT por morte da vítima e que não há outros beneficiários que se apresentem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rigor): 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rigor): 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rigor):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rigor):

38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: Curitiba, 13 de 08 de 2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

NÃO AUTORIZADO

TESTEMUNHAS



Adson

Agência 0001 • Conta 79954391-4

Banco 0260 • Nu Pagamentos S.A. - Instituição de Pagamento

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003902/22

Número do Sinistro: 3220005897

Vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS

CPF: 120.088.525-20

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 12/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADSON RODRIGUES SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 14/06/2022
Nome: ADSON RODRIGUES SANTOS
CPF: 120.088.525-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/06/2022
Nome: JANAINA RIBEIRO DE ALMEIDA
CPF: 870.655.687-68

ADSON RODRIGUES SANTOS

JANAINA RIBEIRO DE ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003902/22

Vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS

CPF: 120.088.525-20

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 12/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADSON RODRIGUES SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

ADSON RODRIGUES SANTOS : 120.088.525-20

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003902/22

Número do Sinistro: 3220005897

Vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS

CPF: 120.088.525-20

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 12/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADSON RODRIGUES SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003902/22

Número do Sinistro: 3220005897

Vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS

CPF: 120.088.525-20

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 12/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADSON RODRIGUES SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

ADSON RODRIGUES SANTOS : 120.088.525-20

Autorização de pagamento

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003902/22

Número do Sinistro: 3220005897

Vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS

CPF: 120.088.525-20

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 12/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADSON RODRIGUES SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003902/22

Número do Sinistro: 3220005897

Vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS

CPF: 120.088.525-20

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 12/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADSON RODRIGUES SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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.

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220005897

Vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS

Data do Acidente: 12/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADSON RODRIGUES SANTOS

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220005897

Vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS

Data do Acidente: 12/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADSON RODRIGUES SANTOS

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220005897

Vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS

Data do Acidente: 12/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADSON RODRIGUES SANTOS

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220005897

Vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS

Data do Acidente: 12/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADSON RODRIGUES SANTOS

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvt.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220005897

Vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS

Data do Acidente: 12/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ADSON RODRIGUES SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário apresentar o formulário de Pedido do Seguro DPVAT com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue ao ponto de atendimento onde o seu pedido foi realizado, ou através do endereço eletrônico pendente@seguradoralider.com.br

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro DPVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a documentação solicitada for recebida.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega da documentação no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220005897

Vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS

Data do Acidente: 12/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADSON RODRIGUES 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\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau completo 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ADSON RODRIGUES SANTOS

Valor: R\$ 2.025,00

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000079954391-4

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220005897

Vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS

Data do Acidente: 12/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADSON RODRIGUES SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 14/06/2022, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



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: 120088525-20 3 - CPF da vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS 4 - Nome completo da vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: ADSON RODRIGUES SANTOS 6 - CPF: 120088525-20

7 - Profissão: RUA CÍCERO SOARES SANTOS 8 - Endereço: 382 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: CIDADE NOVA 12 - Cidade: ARACAJU 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49070-820

15 - E-mail: (79) 996428475 16 - Telefone:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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\$1.000,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Qualquer banco)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 - 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(vai 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

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)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01a16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
-------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menor de 18 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23a33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
-------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Após a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar fidedignidade ao conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos sobre o Seguro DPVAT, acesse o site www.seguradoraalider.com.br ou, para informações sobre o tratamento dos seus dados pessoais, acesse a Diretiva de Privacidade da Seguradora Líder no link www.seguradoraalider.com.br/diretiva-de-privacidade ou, ainda, em contato, por telefone, em um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h;

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189;

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06;

Ouvidoria: 0800 021 91 35.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 632/2021

5 - Nome completo: _____ 6 - CPF: _____
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: _____ 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: _____ 12 - Cidade: _____ 13 - Estado: _____ 14 - CEP: _____
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: ☐ RECIUSO 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 - 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 resíduo(vel) 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): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pedida.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16 Registro de informações cadastrais Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menor de 18 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência do fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente
----	--	---

MORTE

23 a 33 Declaração de Únicos Beneficiários A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Aporar impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar fiel ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos sobre o Seguro DPVAT, acesse o site www.seguradoradider.com.br e, para informações sobre o tratamento dos seus dados pessoais, acesse o Diretiva de Privacidade da Seguradora Idider no link www.seguradoradider.com.br/diretiva-de-privacidade ou entre em contato, por telefone, em um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 020 1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h;

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8188;

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06;

Ouvindoria: 0800 021 91 85.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: **ADSON RODRIGUES SANTOS** 6 - CPF: **12008852520**
7 - Profissão: **AJUDANTE** 8 - Endereço: **RUA JASIEL DE BRITO COTEZ** 9 - Número: **302** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **CIDADE NOVA** 12 - Cidade: **ARACAJU** 13 - Estado: **SE** 14 - CEP: **49000000**
15 - E-mail: **aemprado@yahoo.com.br** 16 - Tel. (DDD): **79996428475**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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\$2.301,00 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) ☐ Itau (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANESE**

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: **011** **0** CONTA: **011365** **8**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 ☐ Viúva 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 (vai 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 não alfabetizado

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: **ARACAJU, 08/02/2022**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

INQUILINIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00006228/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/01/2021 09:14:27 Data/Hora Fim: 21/01/2021 09:43:25
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/01/2021 17:30

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)
Bairro: Cidade Nova
Logradouro: avenida Visconde de Maracaju
Ponto de Referência: Clínica de Repouso São Marcello
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADSON RODRIGUES SANTOS (COMUNICANTE, VÍTIMA)	Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 26/05/2002	Idade: 18
Profissão: Servente de Obras	Estado Civil: Solteiro(s)	Naturalidade: Aracaju - SE		
Nome da Mãe: Maria Izabel Santos				

Documento(s)

CPF: 120.088.525-20

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: RUA JASIEL DE BRITO CORTES Nº: 302
Bairro: Cidade Nova
Telefone: (79) 98190-5612 (Recado)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 003.442.335-45	Placa IAF-1B09
Ranviam 009430177B3	Número do Motor G347FD63143
Número do Chassi 9C6KGD1708D063593	Ano/Modelo Fabricação 2008/2007
Cor PRETA	UF Veículo SE
Município Veículo São Cristóvão	Marca/Modelo YAMAHA/FAZER YS250
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 12/01/2021	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Adson Rodrigues Santos	Possuidor



Impresso por: Claudenor Maurício Dos Santos
Data de Impressão: 21/01/2021 09:43:55

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



CARTÓRIO DE
REGISTRO DE IMÓVEIS
Tribunal do Registro Geral do Estado de Sergipe

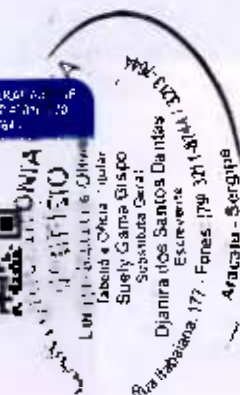
CAR: ÚNICA FÓRmula PARA O DE CIO DE ARACAJU - SE
R. Eduardo de Almeida, 177 - Centro - Aracaju - SE - CEP 49.010-100
Fone: (79) 3311-1144 - Fax: (79) 3311-7944

Certifico que a presente cópia e a reprodução
fiel do original que me foi exibido;
do(a) **DCANIRA DANTAS -Escrevente.**
16/04/2021 10:58:13 Belo TUSE:
202129525014160 Acesso:
www.tjse.jus.br/x/C47XGR Emol.: 2,67;
FRM: 0,63.



D. Dantas

Consulte autenticidade em: www.tjse.jus.br/sclorigina.





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 0000622B/2021

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia, local e horário acima mencionados que estava conduzindo a moto Yamaha pela avenida quando ao passar pela curva perdeu o controle da moto ao acionar o freio que não estava funcionando no momento. Ou seja, houve falha mecânica no freio, sendo desta forma que o comunicante perdeu o controle de direção da moto e chocou-se com uma barra de ferro de proteção que estava na calçada. Devido ao impacto o motociclista caiu no chão sofrendo lesão no pé direito e escoriações pelo corpo. Em seguida, foi atendido pelo Samu encaminhado ao HUSE. Por fim, relatou que houve danos materiais na moto.

ASSINATURAS

Claudionor Maurício Dos Santos

Agente de Polícia

Matrícula 808053

Responsável pelo Atendimento

Adson Rodrigues Santos

Comunicante, Vítima

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei engem, conforme previsto nas Artigos 339-Denúncia Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



CARTÓRIO DE
REGISTRO DE IMÓVEIS
Lafayette e R. - São. Civil de Pessoas Naturais

CARTÓRIO LEONIA GAMA - 6º OFÍCIO DE ARACAJU -
R. Itacurana, nº 177 - Centro - Aracaju - SE - CEP 49011-170
Fone: (79) 311-6744 - Fax: (79) 3113-7644

Certifico que a presente cópia e a reprodução
fiel do original que me foi exibido;
do(a) Sr. DIANIRA DANTAS -Escrevente.
16/04/2021 10:59:13 Selo TJSE:
202129525024160 Acesso:
www.tjse.jus.br/x/C47XGR Emissão: 2,67;
PERD C, 63.



D. Dantas

Consulte autenticidade em: www.tjse.jus.br/selodigital



Impresso por: Claudionor Maurício Dos Santos
Data de Impressão: 21/01/2021 09:43:39

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00006228/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/01/2021 09:14:27 Data/Hora Fim: 21/01/2021 09:43:25
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/01/2021 17:30

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)
Bairro: Cidade Nova
Logradouro: avenida Visconde de Maracaju
Ponto de Referência: Clínica de Repouso São Marcello
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: **ADSON RODRIGUES SANTOS (COMUNICANTE, VÍTIMA)**
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 26/05/2002 Idade: 18
Profissão: Servente de Obras
Estado Civil: Solteiro(s) Naturalidade: Aracaju - SE
Nome da Mãe: Maria Izabel Santos

Documento(s)

CPF: 120.088.525-20

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: RUA JASIEL DE BRITO CORTES Nº: 302
Bairro: Cidade Nova
Telefone: (79) 98190-5612 (Resado)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 003.442.335-45	Placa IAF-1B09
Renavam 00943017783	Número do Motor G347FD63143
Número do Chassi 9C6KGD1708D063593	Ano/Modelo Fabricação 2008/2007
Cor PRETA	UF Veículo SE
Município Veículo São Cristóvão	Marca/Modelo YAMAHA/FAZER YS250
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 12/01/2021	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Adson Rodrigues Santos	Possuidor



Impresso por: Claudenor Maurício Dos Santos
Data de Impressão: 21/01/2021 09:43:55

Página 1 de 2

PPe = Procedimentos Policiais Eletrônicos



CARTÓRIO DE
REGISTRO DE IMÓVEIS
Tribunal do Registro Geral do Estado de Sergipe

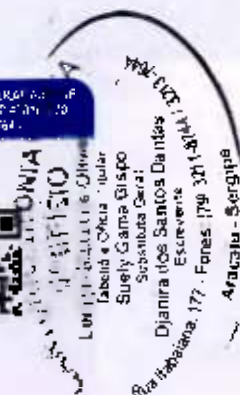
CAR: ÚNICA FÓRmula PARA O DE CIO DE ARCAJ
R. Eduardo, 177 - Centro - Aracaju - SE - CEP: 55010-000
Fone: (79) 3311-1144 Fax: (79) 3311-7944

Certifico que a presente cópia e a reprodução
fiel do original que me foi exibido;
do(a) **DEANIRA DANTAS -Escrevente**,
16/04/2021 10:58:13 Belo TUSE:
202129525014160 Acesso:
www.tjse.jus.br/x/C47XGR Emol.: 2,67;
FRM: 0,63.



D. Dantas

Consulte autenticidade em: www.tjse.jus.br/sclorigina.





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 0000622B/2021

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia, local e horário acima mencionados que estava conduzindo a moto Yamaha pela avenida quando ao passar pela curva perdeu o controle da moto ao acionar o freio que não estava funcionando no momento. Ou seja, houve falha mecânica no freio, sendo desta forma que o comunicante perdeu o controle de direção da moto e chocou-se com uma barra de ferro de proteção que estava na calçada. Devido ao impacto o motociclista caiu no chão sofrendo lesão no pé direito e escoriações pelo corpo. Em seguida, foi atendido pelo Samu encaminhado ao HUSE. Por fim, relatou que houve danos materiais na moto.

ASSINATURAS

Claudio Maurício Dos Santos

Claudio Maurício Dos Santos

Agente de Polícia

Matrícula 808053

Responsável pelo Atendimento

Adson Rodrigues Santos

Comunicante, Vítima

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



CARTÓRIO DE
REGISTRO DE IMÓVEIS
Lapelleiro e R. - São. Civil de Pessoas Naturais

CARTÓRIO LEONIA GAMA - 6º OFÍCIO DE ARACAJU -
R. Itacurana, nº 177 - Centro - Aracaju - SE - CEP 49011-170
Fone: (79) 3111-6744 - Fax: (79) 3113-7644

Certifico que a presente cópia e a reprodução
fiel do original que me foi exibido;
do: Sr. DANIELA DANTAS -Escrevente.
16/04/2021 10:59:13 Selo TJSE:
202129525024160 Acesso:
www.tjse.jus.br/x/C47XGR Emissão: 2,67;
PERD C, 63.



D. Dantas

Consulte autenticidade em: www.tjse.jus.br/selodigital



Impresso por: Claudio Maurício Dos Santos
Data de Impressão: 21/01/2021 09:43:39

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00006228/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/01/2021 09:14:27 Data/Hora Fim: 21/01/2021 09:43:25
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/01/2021 17:30

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)
Bairro: Cidade Nova
Logradouro: avenida Visconde de Maracaju
Ponto de Referência: Clínica de Repouso São Marcello
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADSON RODRIGUES SANTOS (COMUNICANTE, VÍTIMA)	Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 26/05/2002	Idade: 18
Profissão: Servente de Obras	Estado Civil: Solteiro(s)	Naturalidade: Aracaju - SE		
Nome da Mãe: Maria Izabel Santos				

Documento(s)

CPF: 120.088.525-20

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: RUA JASIEL DE BRITO CORTES Nº: 302
Bairro: Cidade Nova
Telefone: (79) 98190-5612 (Resado)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 003.442.335-45	Placa IAF-1B09
Renavam 00943017783	Número do Motor G347FD63143
Número do Chassi 9C6KGD1708D063593	Ano/Modelo Fabricação 2008/2007
Cor PRETA	UF Veículo SE
Município Veículo São Cristóvão	Marca/Modelo YAMAHA/FAZER YS250
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 12/01/2021	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Adson Rodrigues Santos	Possuidor



Impresso por: Claudenor Maurício Dos Santos
Data de Impressão: 21/01/2021 09:43:55

Página 1 de 2

PPe = Procedimentos Policiais Eletrônicos



CARTÓRIO DE
REGISTRO DE IMÓVEIS
Tribunal do Registro Geral do Estado de Sergipe

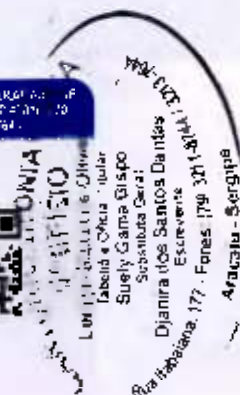
CAR: ÚNICA FÓRmula PARA O DE CIO DE ARCAJ
R. Eduardo de 177, Centro, Aracaju - SE, CEP 55.010-100
Fone: (79) 3311-1144 Fax: (79) 3311-7944

Certifico que a presente cópia e a reprodução
fiel do original que me foi exibido;
do(a) **JOANIRA DANTAS -Escrevente**,
16/04/2021 10:58:13 Belo TUSE:
202129525014160 Acesso:
www.tjse.jus.br/x/C47XGR Emol.: 2,67;
FRM: 0,63.



Djanters

Consulte autenticidade em: www.tjse.jus.br/sclorigina.





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 0000622B/2021

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia, local e horário acima mencionados que estava conduzindo a moto Yamaha pela avenida quando ao passar pela curva perdeu o controle da moto ao acionar o freio que não estava funcionando no momento. Ou seja, houve falha mecânica no freio, sendo desta forma que o comunicante perdeu o controle de direção da moto e chocou-se com uma barra de ferro de proteção que estava na calçada. Devido ao impacto o motociclista caiu no chão sofrendo lesão no pé direito e escoriações pelo corpo. Em seguida, foi atendido pelo Samu encaminhado ao HUSE. Por fim, relatou que houve danos materiais na moto.

ASSINATURAS

Claudio Maurício Dos Santos

Claudio Maurício Dos Santos

Agente de Polícia

Matrícula 808053

Responsável pelo Atendimento

Adson Rodrigues Santos

Comunicante, Vítima

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei engem, conforme previsto nas Artigos 339-Denúncia Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



CARTÓRIO DE
REGISTRO DE IMÓVEIS
Capitaneado e R. - São. Civil de Pessoas Naturais

CARTÓRIO LEONIA GAMA - 6º OFÍCIO DE ARACAJU -
R. Itacurana, nº 177 - Centro - Aracaju - SE - CEP 49011-176
Fone: (79) 3111-6744 - Fax: (79) 3113-7644

Certifico que a presente cópia e a reprodução
fiel do original que me foi exibido;
do: Sr. DANIRA DANTAS -Escrevente.
16/04/2021 10:59:13 Selo TJSE:
202129525024160 Acesso:
www.tjse.jus.br/x/C47XGR Emol.: 2,67;
PERD C, 63.



D. Dantas

Consulte autenticidade em: www.tjse.jus.br/selodigital



Impresso por: Claudio Maurício Dos Santos
Data de Impressão: 21/01/2021 09:43:39

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00006228/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/01/2021 09:14:27 Data/Hora Fim: 21/01/2021 09:43:25

Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/01/2021 17:30

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)

Bairro: Cidade Nova

Logradouro: Avenida Visconde de Maracaju

Ponto de Referência: Clínica de Repouso São Marcello

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADSON RODRIGUES SANTOS (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 26/05/2002

Idade: 18

Profissão: Servente de Obras

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Aracaju - SE

Nome da Mãe: Maria Izabel Santos

Documento(s)

CPF: 120.068.525-20

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: RUA JASIEL DE BRITO CORTES

Nº: 302

Bairro: Cidade Nova

Telefone: (79) 98190-5612 (Recado)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motocleta
CPF/CNPJ do Proprietário 003.442.335-45	Placa IAF1B09
Renavam 00943017793	Número do Motor G347E063143
Número do Chassi 9C6KG017080063593	Ano/Modelo Fabricação 2006/2007
Cor PRETA	UF Veículo SE
Município Veículo São Cristóvão	Marca/Modelo YAMAHA/FAZER YS250
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 12/01/2021	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Adson Rodrigues Santos	Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00006228/2021

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia, local e horário acima mencionados que estava conduzindo a moto Yamaha pela avenida quando ao passar pela curva perdeu o controle da moto ao acionar o freio que não estava funcionando no momento. Ou seja, houve falha mecânica no freio, sendo desta forma que o comunicante perdeu o controle de direção da moto e chocou-se com uma barra de ferro de proteção que estava na calçada. Devido ao impacto o motociclista caiu no chão sofrendo lesão no pé direito e escoriações pelo corpo. Em seguida, foi atendido pelo Samu encaminhado ao HUSE. Por fim, relatou que houve danos materiais na moto.

ASSINATURAS

Claudenor Maurício Dos Santos

Agente de Polícia

Matrícula 808063

Responsável pelo Atendimento

Adson Rodrigues Santos

Comunicante, Vítima

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Condenação Culposa e 340-Condição Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



Fls: 1
Visto:

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00006228/2021-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/04/2022 15:40:53 Data/Hora Fim: 06/04/2022 15:42:36
Delegado de Polícia: Daniele Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato Início: 12/12/2020 18:48

Data/Hora do Fato Fim:

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)
Bairro: Cidade Nova
Logradouro: Avenida Visconde de Maracaju
Ponto de Referência: Clínica de Repouso São Marcello
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADSON RODRIGUES SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 26/05/2002	Idade: 18
Profissão: Servente de Obras			
Esposo Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Aracaju - SE	
Nome da Mãe: Maria Izabel Santos			

Documentos

CPF: 120.086.525-20

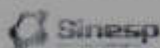
Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: RUA JASIEL DE BRITO CORTES Nº 302
Bairro: Cidade Nova
Telefone: (75) 96190-5612 (Telefone Recado)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 003.442.335-45	Placa: IAF1B08
Renavam: 00943017793	Número do Motor: G347E063143
Número do Chassi: 9C6KG017080063593	Ano/Modelo Fabricação: 2008/2007
Cor: PRETA	UF Veículo: SE
Município Veículo: São Cristóvão	Marcas/Modelo: YAMAHA/FAZER YS250
Veículo Adudderado?: Não	Situação: Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran: 12/01/2021	Situação do Veículo: NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Adson Rodrigues Santos	Possuidor



Impresso por: Antonio Luciano Dantas de Almeida Santos
Data de Impressão: 06/04/2022 15:42:52

Página 1 de 2
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00006228/2021-A01

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia, local e horário acima mencionados que estava conduzindo a moto Yamaha pela avenida quando ao passar pela curva perdeu o controle da moto ao acionar o freio que não estava funcionando no momento, ou seja, houve falha mecânica no freio, sendo desta forma que o comunicante perdeu o controle da direção da moto e chocou-se com uma barra de ferro de proteção que estava na calçada. Devido ao impacto o motociclista caiu no chão sofrendo lesão no pé direito e escoriações pelo corpo. Em seguida, foi atendido pelo Samu encaminhado ao HUSE. Por fim, relatou que houve danos materiais na moto.

ASSINATURAS

Antonio Luciano Dantas de Almeida Santos

Agente de Polícia
Matrícula 372421130

Responsável pelo Atendimento

Adson Rodrigues Santos

Vítima - Comunicante

Declaro para os devidos fins de direito que sou (sou) (s) responsável (s) pelas informações acima assentadas e declaro que gozo(a) responsabilidade civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

Daniela Ramos Lima Barreto

Delegada de Polícia

Matrícula 1778

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

20/05/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8123673

VALOR TOTAL:

2.025,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADSON RODRIGUES SANTOS

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000079954391

Número da Autenticação

34CA36435894A01D

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: 120088525-20 3 - CPF da vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS 4 - Nome completo da vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: ADSON RODRIGUES SANTOS 6 - CPF: 120088525-20

7 - Profissão: RUA CÍCERO SOARES SANTOS 8 - Endereço: 382 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: CIDADE NOVA 12 - Cidade: ARACAJU 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49070-820

15 - E-mail: (79) 996428475 16 - Telefone: (79) 996428475

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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\$1.000,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Qualquer banco)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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) ☐ Divorçado ☐ 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(vai 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

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)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01a16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
-------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menor de 18 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23a33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
-------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Após a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar fidedignidade ao conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos sobre o Seguro DPVAT, acesse o site www.seguradoraalider.com.br ou, para informações sobre o tratamento dos seus dados pessoais, acesse a Diretiva de Privacidade da Seguradora Líder no link www.seguradoraalider.com.br/diretiva-de-privacidade ou, ainda, em contato, por telefone, em um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h;

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189;

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06;

Ouvidoria: 0800 021 91 35.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 632/2021

5 - Nome completo: _____ 6 - CPF: _____
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: _____ 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: _____ 12 - Cidade: _____ 13 - Estado: _____ 14 - CEP: _____
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: ☐ RECEITO 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 - 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 resíduo(ões) hereditário(s)? ☐ 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 ruego): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a ruego): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a ruego): _____

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)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pedida.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16 Registro de informações cadastrais Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menor de 18 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência do fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente
----	--	---

MORTE

23 a 33 Declaração de Únicos Beneficiários A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Aporar impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar fiel ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos sobre o Seguro DPVAT, acesse o site www.seguradoradider.com.br e, para informações sobre o tratamento dos seus dados pessoais, acesse o Diretiva de Privacidade da Seguradora, disponível em www.seguradoradider.com.br/diretiva-de-privacidade ou entre em contato, por telefone, em um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 020 1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h;

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8188;

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06;

Ouvindoria: 0800 021 91 85.

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: 120088525-20 3 - CPF da vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS 4 - Nome completo da vítima: ADSON RODRIGUES SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: ADSON RODRIGUES SANTOS 6 - CPF: 120088525-20

7 - Profissão: RUA CÍCERO SOARES SANTOS 8 - Endereço: 382 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: CIDADE NOVA 12 - Cidade: ARACAJU 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49070-820

15 - E-mail: (79) 996428475 16 - Telefone:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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\$1.000,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Qualquer banco)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - 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(vai 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 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)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01a16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
-------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menor de 18 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23a33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
-------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Após a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar fidedignidade ao conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos sobre o Seguro DPVAT, acesse o site www.seguradoraalider.com.br ou, para informações sobre o tratamento dos seus dados pessoais, acesse a Diretiva de Privacidade da Seguradora Líder no link www.seguradoraalider.com.br/diretiva-de-privacidade ou, ainda, em contato, por telefone, em um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h;

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189;

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06;

Ouvidoria: 0800 021 91 35.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 632/2021

5 - Nome completo: _____ 6 - CPF: _____
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: _____ 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: _____ 12 - Cidade: _____ 13 - Estado: _____ 14 - CEP: _____
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: ☐ RECEITO 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 - 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 resíduo(vel) 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): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pedida.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16 Registro de informações cadastrais Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menor de 18 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente
----	--	---

MORTE

23 a 33 Declaração de Únicos Beneficiários A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Aporar impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar fiel ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos sobre o Seguro DPVAT, acesse o site www.seguradoradider.com.br e, para informações sobre o tratamento dos seus dados pessoais, acesse o Diretiva de Privacidade da Seguradora Idider no link www.seguradoradider.com.br/diretiva-de-privacidade ou entre em contato, por telefone, em um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 020 1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h;

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8188;

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06;

Ouvindoria: 0800 021 91 85.