

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190048969 **Cidade:** Maranguape **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO **Data do acidente:** 27/07/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A  
**ABREU**

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023126/19

**Número do Sinistro:** 3190048969

**Vítima:** FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABF

**CPF:** 358.281.963-91

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/07/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO MARDONIO  
BRASILEIRO ABREU

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77**

Procuração

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/01/2019

Nome: FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU

CPF: 358.281.963-91

FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2019

Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS

CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

---

**Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190048969**

**Vítima: FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU**

**Data do Acidente: 27/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

**Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190048969**                      **Vítima: FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU**

**Data do Acidente: 27/07/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

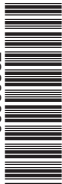
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você

Pag. 01163/01164 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13906899

---

**Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190048969**

**Vítima: FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU**

**Data do Acidente: 27/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU**

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 o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 23 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190048969**

**Vítima: FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU**

**Data do Acidente: 27/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU**

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

Banco: **033**

Agência: **000003132**

Conta: **000001083177-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 358.281.963-91 Nome completo da vítima: FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU

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

Nome completo: FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU CPF: 358.281.963-91

Profissão: MOTORISTA Endereço: RUA DIDILLO CIPRAK Número: 98 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: NOVO MARANGUAPE Cidade: MARANGUAPE Estado: CE CEP: 61943-160

E-mail: 91527310@gmail.com Tel.(DDD): 85985296430

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: 3132 CONTA: 710093700

(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

Local e Data, FORTALEZA, 12 DE JANEIRO DE 2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Francisco M. B. D.

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE



Impresso nº 20199513

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 79 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **04/01/2019 11:36:10**  
Data / Hora da Ocorrência: **27/07/2018 17:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SENADOR ALMIR PINTO**  
Complemento:  
Bairro: **NOVO MARANGUAPE** Município: **MARANGUAPE/CE**  
Ponto de Referência: **GREEN HAUSE**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU**  
Nascimento: **05/12/1968** CPF: **358.281.963-91** UF:  
RG: **86609985** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **MARIA JOSE BRASILEIRO ABREU**  
**ANTONIO EDIMAR BRASILEIRO**  
Endereço: **RUA DIDIMO CIDRAK, 100 A**  
Bairro: **NOVO MARANGUAPE**  
Município: **MARANGUAPE/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **8819-1220**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NUM8789** Uf: **CE** Município: **MARANGUAPE** Chassi:  
**9C2KC1550AR219776** Renavam: **279925891** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano  
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**PRETA** Proprietário: **FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU**  
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

Afirma o declarante que é o proprietário da motocicleta de placa NUM8789/CE; QUE no dia 27.07.2018, por volta das 17:40 horas estava pilotando a citada motocicleta e estava sozinho, onde se deslocava de Fortaleza com destino a Maranguape, pela Rodovia CE-065, quando nas imediações da Entrada do Motel Green Hause, em Maranguape, um animal (cachorro) atravessou a via repentinamente, não tendo como evitar a colisão vindo a chocasse com o animal, vindo o declarante a cair sobre a via; QUE do acidente fraturou a clavícula direita; QUE foi socorrido por populares no local podendo indicar como um dos socorristas LUCIANO PEROTE MARQUES (CPF 170.945.693-00); QUE LUCIANO o socorreu lhe entregando na UPA, em MARANGUAPE, onde foi medicado, posteriormente liberado; QUE no dia seguinte encaminhou-se para o Hospital Antonio Prudente, onde permaneceu hospitalizado por dois dias; QUE salienta que o acidente se deu por volta das 17:40 horas e deu entrada no Hospital por volta das 18:05 horas. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

Consolidado em: 04/01/2019 11:46:29

21 JAN. 2019  
Pág. 1 de 2

Impresso em: 04/01/2019 11:46:29





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE



**Impresso nº 20199513**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 79 / 2019**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**ANTONIO BENICIO DA SILVA - MAT.:**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*F. Lorena Sotelo Melo*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**THAMILES LORENA SOTELO MELO - MAT.: 3012474X**

**21 JAN. 2019**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 358.281.963-91 Nome completo da vítima: FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU

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

Nome completo: FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU CPF: 358.281.963-91

Profissão: MOTORISTA Endereço: RUA DIDILLO CIPRAK Número: 98 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: NOVO MARANGUAPE Cidade: MARANGUAPE Estado: CE CEP: 61943-160

E-mail: 91527310@gmail.com Tel.(DDD): 85985296730

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: 3132 CONTA: 710093700

(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data, FORTALEZA, 12 DE JANEIRO DE 2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Francisco M. B. D.

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03132

CONTA: 000001083177-2

---

Nr. da Autenticação 28A2740A3BA080E9



Nome:	FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU		
Data de Nasc:	05/12/1966	Idade:	51 ANOS
Nome da Mãe:	MARIA JOSE BRASILEIRO ABREU	Sexo:	MASCULINO
Naturalidade:	MARANGUAPE-CE	Est. Civil:	SOLTEIRO
Endereço:	RUA DIDIMO CIDRACK Nº 147	RG:	86609985ª
Bairro:	NOVO MPE	Fone:	98400-6120
Município:	MARANGUAPE-CE	Complemento:	
Recepção:	LAIANA	Enfermeiro (a):	JOSILENE
		Data:	27/07/2018
		Hora:	18:05

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VERMELHO ( ) AMARELO ( ) VERDE ( ) AZUL ( ) LEITO:

*acidente de moto*

*Josilene Uchôa*  
Enfermeira  
COREN: 159402

NEGA ALERGIA (X)

NÃO SABE INFORMAR ( )

ALERGIA A:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

PESO: PA: 200 x 135 me T: C P: bpm R: mrm DX: SPO2:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

*Paciente sofreu queda de moto*

EXAME SOLICITADOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Alta Médica ( ) Alta a Pedido ( ) Transferência: HMABM ( ) Outros Hospitais ( ) Óbito: -24h ( ) +24h ( )

Paciente Encaminhado:

Motivo:

*X* *Assinatura do Paciente ou Responsável*

Dra. Marina Freire Maia  
Médica  
CREMEC 17432

Assinatura do Médico - (Carimbo)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

ENFERMAGEM

- 1) Paracetamol - 01 FA + 100 ml, EV, agora
- 2) Dipirona - 2:18 AB, EV, agora

*18:20*

*Emanuel Eutrásio*  
Téc. de Enfermagem  
COREN-CE 001.123.439

Dra. Marina Freire Maia  
Médica  
CREMEC 17432

*ATO*

21 JAN. 2019

A presente cópia confere com o original

Data: *18/09/18*

Assinatura: *Vanessa de S. Silva*

Nº DO CLIENTE

3125817

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei Nº 10.438  
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 548883501

Rota 06 26020 10 036600 - 8 Data de Emissão 09/11/2018

Nome LUCIANO PEROTE MARQUES

End. Postal RU DIDIMO CIDRAK 00098  
NOVO MARANGUAPE - MARANGUAPE - 61943160

Medidor 2082138

Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 170945693-00

CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2018	09/11/2018	11/12/2018

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda em ANEXO desta conta.

Conjunto	Set/2018	EUSD 144,33
Mês	DICRI = 0,00 P	

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
438,20	27,00%	118,31

## Padrão Individual

## Apuração Individual

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Tím	Anual	Mensal	Tím	Anual
DIC	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,03			0,00		

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B4F6.BC6F.4859.2189.E4F6.E20E.A9CD.6A51

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
77053	76509	1,00	554	0,00	554	0,79	438,20
09/11/18	09/10/18		31 DIAS		554		438,20

## DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	438,20
MULTA MORATORIA REF 08/2018	7,93
CORRECAO MONETARIA DO MES	4,20
JUROS DO MES	4,78
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	75,54
DOACAO SANTA CASA FORT - TEL-85-3392-0301 1/1	3,00
TAXA DE RELIGACAO	7,63
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 31,68 )	

21 JAN. 2019

## VENCIMENTO

01/12/2018

## TOTAL A PAGAR (R\$)

541,28

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Transmissão	17,15
Distribuição	91,61
Encargos Setoriais	24,56
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	144,11
TOTAL	438,20

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

522	554	444	603	513	371	591	493	475	480	457	634	656
MED	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 550824808

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei n° 10.438 de  
26 de abril de 2002

#### DADOS DO CLIENTE

Rota 15 01230 30 0156300

Medidor

Poste

Nome ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

6601906

0000 X975

Endereço Postal

Esta é a segunda via de

NOV/2018

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE  
**7694250** Div. **3**

VENCIMENTO  
**03/12/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**53,85**

#### DESCRIÇÃO DA CONTA

End. da Unidade Consumidora RU PRO CABRAL 00676 CS FUNDOS PQ. STA. ROSA FORTALEZA  
60762770

RG / CPF / CNPJ 048.217.413-77

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência

0

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☐ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP	817	777	1	40	0	40
Quantidade						
Tarifa						
Valor (R\$)						

#### DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/  
Apresentação

Prev. Próxima  
Leitura

22/11/2018

21/12/2018

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

CC19.3884.B5A4.7FD3.9FCB.41E0.9F31.D0A4

#### ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

#### OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

0,73

CASA SEGURA PLUS 0800 600 0560

17,30

COB. SALDO FATURA ANTERIOR

27,16

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,37)

#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>)

Compensado kg (CO<sub>2</sub>)

Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

0,00

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

#### ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 3,11

Conjunto BOM JARDIM

Mês SET/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	1,17	1,17	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	1,00	1,00	0,00
DMIC (h)	2,94			1,17		

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

2

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

7694250-3

N° da Nota Fiscal: 550824808

Total a Pagar (R\$): 53,85

Data de Emissão:

27/11/2018

Referência: NOV/2018

N° de Controle: 0007694250 00028 4329 2 80

83860000000-0 53850031000-8 00076942500-3 00284329277-2



21 JAN. 2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.217.413 / 77,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 358.281.963 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima  
FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU, inscrito (a) no CPF sob o Nº 358.281.963 / 91, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

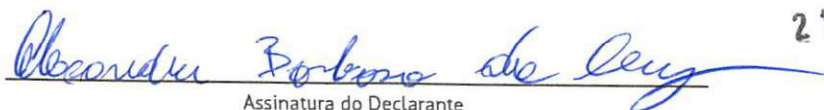
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <b>RUA PROFESSOR CABRAL</b>		Número <b>676</b>	Complemento <b>FUNDOS</b>
Bairro <b>PQ.SANTA ROSA</b>	Cidade <b>FORTALEZA</b>	Estado <b>CEARA</b>	CEP <b>60762-770</b>
Email <b>RC527310@GMAIL.COM</b>		Telefone comercial(DDD) <b>85 985296730</b>	Telefone celular (DDD) <b>85 999253719</b>

FORTALEZA, 15 de JANEIRO de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante

21 JAN. 2019

IPA  
e  
DAMS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
B6609985 SSP CE

CPF  
358.281.963-91

DATA NASCIMENTO  
05/12/1966

FILIAÇÃO  
ANTONIO EDIMAR  
BRASILEIRO  
MARIA JOSE BRASILEIRO  
ABREU

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
02789257226

VALIDADE  
31/10/2021

1ª HABILITAÇÃO  
21/05/1985

OBSERVAÇÕES  
A ;  
HAB COLETIVO;  
EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
MARANGUAPE, CE

DATA EMISSÃO  
17/11/2016

ASSINATURA DO EMISSOR  
IGOR VASCONCELOS PONTE

66808694941  
CE156233649

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1404352878

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1404352878

21 JAN. 2019



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



CE

NOME

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

2008010066558 SSP

CE

CPF

048.217.413-77

DATA NASCIMENTO

18/06/1990

FILIAÇÃO

FRANCISCO BENTO  
RODRIGUES DA CRUZ  
MARIA DE FATIMA  
BARBOSA DA CRUZ

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

05034566735

VALIDADE

06/10/2022

1ª HABILITAÇÃO

17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

*Alexandre Barbosa da Cruz*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

16/10/2017

*Igor Vasconcelos Ponte*

IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905

CE161764037

CEARÁ

DENATRAN CONTRAN

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1545039440

PROIBIDO PLASTIFICAR

1545039440

21 JAN. 2019

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

CE Nº 014416663800 BILHETE DE SEGURO DPVAT

35828196391 NUM8789/CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014416663800 88401887044

VIA 01 35828196391 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 22/11/2018

RENAVAM 279925891 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2010 Nº CHASSI 9C2KC1550AR219776

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81.29 DENATRAN (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 185.50

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 08/11/2018

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR 1 KC15E5A219776 04580

DETRAN - CE Nº 014416663800

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 279925891 R.N.T.R.Q. 0000000000 EXERCÍCIO 2018

FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO AB

REU\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
MARANGUAPE /CE

35828196391 PLACA 35828196391 PLACA NUM8789/CE

9C2KC1550AR219776 CHASSI

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

1 COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS

1\*\*\*\*\* 1ª\*  
2\*\*\*\*\* 2ª\*  
3\*\*\*\*\* 3ª\*

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

180.65 0.70 185.50 08/11/2018

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LOCAL DATA 22/11/2018

MARANGUAPE

Idor Ponta



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 358.291.963-91 Nome completo da vítima: Francisco Mardônio Brasileiro Abreu

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Francisco Mardônio Brasileiro Abreu CPF: 358.291.963-91

Profissão: Motorista Endereço: Rua Dídico Richman Número: 48 Complemento:

Bairro: Novo Maranguape Cidade: Maranguape Estado: RJ CEP: 61943-160

E-mail: mc527310@gmail.com Tel (DDD): 85985296730

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

## REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

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

AGÊNCIA: 3132  CONTA: 01083177   
(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a) ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não Se tinha filhos, informar quantos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não 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.

Local e Data: Fortaleza, 08 de Março de 2019

Nome:

CPF:

[\*] Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

[\*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A SEU RDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190048969 **Cidade:** Maranguape **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO **Data do acidente:** 27/07/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A  
**ABREU**

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PROCURAÇÃO

Outorgante Francisco Mardônio Brasileiro Abreu  
 Estado civil Solteiro profissão motorista  
 Residente Rua Didimo Cidra 98 Bairro Novo Maranguape  
 município Maranguape uf CE Nascido 05/12/1966 CPF 358.281.963-91  
 RG 02783257226 Emissor Detran-CE em 17/11/2016

Outorgado Alexandre Barbosa da Cruz brasileiro, solteiro, autônomo residente e domiciliado em rua professor Cabral, 676-parque santa rosa município de fortaleza, UF:CE, RG 05034566735 detran-ce em 16/10/2017, CPF 048.217.413-77, contatos 85 985296730/85 999253719, e-mail: TC527910@271011.COM  
 Por este instrumento de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente(s) de transito o (a) Sr.(a) Francisco Mardônio Brasileiro Abreu  
 Ocorrido em 27/07/2018.

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se o próprio fosse, podendo requerer informações, cópias documentais, parecer medico, comprovantes de pagamento de depósitos de indenização de sinistro DPVAT, acompanhar regulação junto a seguradora receptora e seguradora líder, marcar pericias medicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistros e ASL, requerer e assinar documentos que forem precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de policia, hospitais, cartórios, autarquias de transito, e praticar todos os demais atos necessários para o amplo e fiel cumprimento do total recebimento da indenização creditada em conta da vítima ou beneficiário, ate mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta do pagamento de indenizações, através de um advogado. Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos corporais, RCFV, roubo furto extravio defeito de objeto segurado, assistência, prestamista, seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU, PREVISUL, PAN, MONGERAL, METLIFE, BRADESCO, SULAMERICA, HDI, ZURICH, SANTANDER, BB, CAIXA e outras.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação enviada: boletim de ocorrência, fichas de atendimento medico, documentos pessoais, conta e outros.

DE 11 JAN 2019 DE \_\_\_\_\_  
Francisco Mardônio Brasileiro Abreu

2º OFICIO DE NOTAS CARTÓRIO PAULA COSTA  
 Rua Cel. Antônio Botelho, 34. Maranguape-CE  
 Fone: 3341-0531. Fax: 3341-0173  
 RECONHEÇO por semelhança a firma de:  
 FRANCISCO MARDÔNIO BRASILEIRO ABREU. Dou fe.  
 Maranguape, 11 de Janeiro de 2019  
 ANTONIO ERIVALDO MAGALHÃES  
 Escrevente Autorizado



21 JAN. 2019



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão MOTORISTA, residente e domiciliado à Rua DIDIMO CIDRAK, nº 98, bairro NOVO MARANGUAPE, Município de MARANGUAPE, Estado de(o) CEARA, Cep.: 61943-160, portador(a) do Rg nº 86609985, SSP/CE e CPF nº 358.281.963-91.

**Outorgado:** ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTONOMO, residente e domiciliado(a) à Rua PROFESSOR CABRAL, nº 676, bairro PARQUE SANTA ROSA, Município de FORTALEZA, Estado de (o) CEARA, Cep.: 60762-770, portador (a) do RG nº 2008010066558, SSP/CE e CPF nº 048.217.413-77.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, de natureza IPA que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU, ocorrido em 27 / 07 / 2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

....., de 28 JAN 2019 de 2019.

CARTÓRIO PAULA COSTA  
2º OFÍCIO  
MARANGUAPE-CE

*Francisco Mardonio Brasileiro Abreu*  
Outorgante  
CPF Nº 358.281.963-91

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

2º OFÍCIO DE NOTAS CARTÓRIO PAULA COSTA  
Rua Cel. Antônio Botelho, 34, Maranguape-CE  
Fone: 3341-0531. Fax: 3341-0173  
RECONHEÇO por autenticidade a firma de  
FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU. Dou fe.  
Maranguape, 28 de Janeiro de 2019

ANTONIO ERIVALDO MAGALHAES  
Escrivente Autorizado



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023126/19

**Vítima:** FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABR

**CPF:** 358.281.963-91

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/07/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO MARDONIO  
BRASILEIRO ABREU

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

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

### FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU : 358.281.963-91

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/01/2019  
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ  
CPF: 048.217.413-77

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA