

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

Valorização 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 ABREU

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

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

Rio de Janeiro, 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. 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

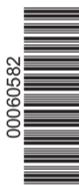
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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



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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: 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			CPF: 358.281.963-91	
Nome completo: FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU	Endereço: RUA DIDICO CIDRAL	Número: 98	Complemento:	
Profissão: MOTORISTA	Bairro: NOVO MARANGUAPÉ	Cidade: MARANGUAPÉ	Estado: CE	CEP: 61943-160
E-mail: 91C527310@gmail.com				Tel.(DDD): 85985296730

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO 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)

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

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:
Vivos: 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, **FORTALEZA, 12 DE JANEIRO DE 2019**
Nome: _____
CPF: _____
Félix Santos BD
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

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.



Impresso nº 20199513

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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**
RG: **86609985** Orgão Emissor: **SSP** UF:
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

21 JAN. 2019

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

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

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 N° 205 - 79 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTONIO BENICIO DA SILVA - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Fábio Almeida Bento

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			CPF: 358.281.963-91	
Nome completo: FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU	Endereço: RUA DIDICO CIDRAL	Número: 98	Complemento:	
Profissão: MOTORISTA	Bairro: NOVO MARANGUAPÉ	Cidade: MARANGUAPÉ	Estado: CE	CEP: 61943-160
E-mail: 91C527310@gmail.com				Tel.(DDD): 85985296730

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

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

- 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: Vivos: 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, **FORTALEZA, 12 DE JANEIRO DE 2019**
Nome: _____
CPF: _____
Félix Santos BD
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

2º | Nome: _____
CPF: _____
21 JAN. 2019
Assinatura

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: 00001083177-2

Nr. da Autenticação 28A2740A3BA080E9

FICHA DE ATENDIMENTO



SMS- Secretaria Municipal da Saú

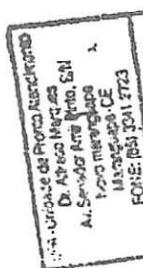
Nome:	FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU		
Data de Nasc:	05/12/1966	Idade:	51 ANOS
Nome da Mãe:	MARIA JOSE BRASILEIRO ABREU		
Naturalidade:	MARANGUAPE-CE		
Endereço:	RUA DIDIMO CIDRACK N° 147		
Bairro:	NOVO MPE		
Município:	MARANGUAPE-CE		
Recepção:	LAIANA	Enfermeiro (a):	JOSILENE
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO : VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL () LEITO:			

Acidente do moto

Josilene Uchôa
Enfermeira
COREN: 159402

NEGA ALERGIA ()	NÃO SABE INFORMAR ()	ALERGIA A:				
ANAMNESE E EXAME FÍSICO						
PESO:	PA: 200 x 138	me T:	C P:	bpm R:	mm 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:	Dr. Marina Freire Marca Médica REMEC 17432					
X <i>Recorre a sua referência</i>	Assinatura do Paciente ou Responsável					
Assinatura do Médico - (Carimbo)						

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ENFERMAGEM
1) Profenid - 01 FA + 100 ml, EV, agora 2) Dipirona - 2:18 AM, EV, agora	18:00	Dr. Marina Freire Marca Médica REMEC 17432
		Emanoel Góes Téc. de Enfermagem COREN-CE 001.123.456
ATO 21 JAN. 2019		A presente cópia confere com o original Data: 10/09/18 Assinatura: Janaina de Sá



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 2002

Companhia 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 na página desta conta.

Conjunto Set/2018 EURD 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

	Mensal	Tér.	Anual	Mensal	Tér.	Anual
DIC	5,31	70,62	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. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 77063	76509	1,00	554	0,00	554	0,77009	438,20
09/11/18	09/10/18		31 DIAS		554		

DESCRIÇÃO

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

21 JAN. 2019

01/12/2018

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

541,28

COMPROMISSÃO DO VALOR DE CONSUMO	77
Transmissao	17,15
Distribuicao	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
MED	Nov	Out	Sep	Ago	Jul	Jun	May	Apr	Mar	Fev	Jan
											Duz



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 550824808
Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-010 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 08.105.818-3

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 nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

7694250

3

VENCIMENTO

03/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

53,85

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
FP 817	777	1	40	0	40

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)	

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\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

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

Conjunto BOM JARDIM

Mês SET/ 2018

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **7694250-3** Nº da Nota Fiscal: **550824808** Total a Pagar (R\$): **53,85**
Data de Emissao: **27/11/2018** Referência: **NOV/2018** Nº 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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 RUA PROFESSOR CABRAL		Número 676	Complemento FUNDOS
Bairro PQ.SANTA ROSA	Cidade FORTALEZA	Estado CEARA	CEP 60762-770
Email RC527310@GMAIL.COM	Telefone comercial(DDD) 85 985296730	Telefone celular (DDD) 85 999253719	

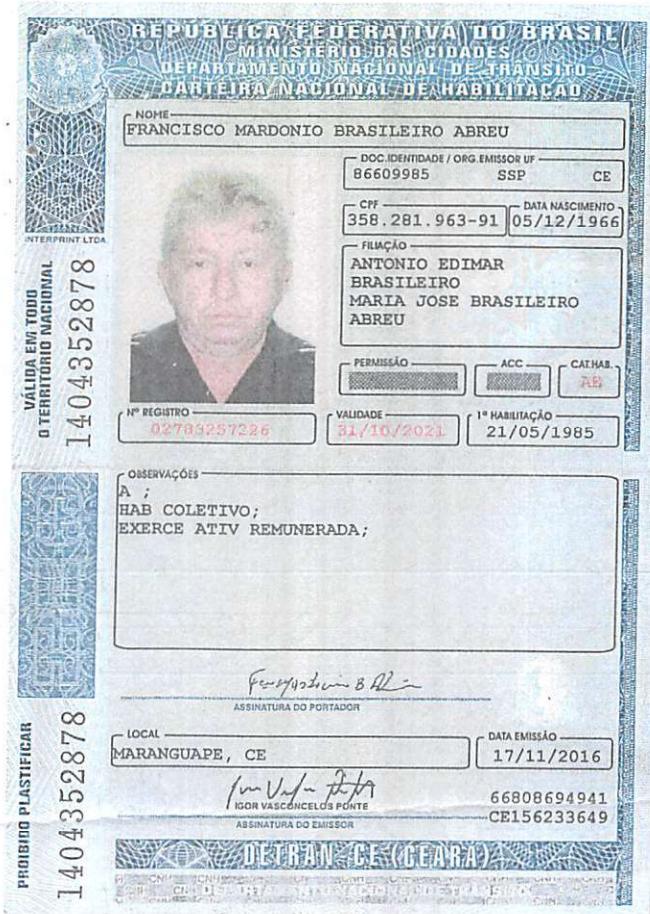
FORTALEZA, 15 de JANEIRO de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

21 JAN. 2019

IPA

e
DAMS



21 JAN. 2019

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

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

1^o HABILITAÇÃO
17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
16/10/2017

Igor VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905
CE161764037

CEARÁ

DENITRA - CONIFERAN

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1545039440

PROIBIDO PLASTIFICAR

1545039440

21 JAN. 2019

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES**

GENRTRN

Digitized by srujanika@gmail.com

НИНІПІР

Scanned by CamScanner

CNPB-09-248-608/0081-04

AGO / 201

04580

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

AGO / 2018

04580

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima 358.281.963 - 91	Nome completo da vítima Francisco Mardonius Brasilius Abreu	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo: Francisco Mardonius Brasilius Abreu		CPF: 358.281.963 - 91	
Profissão: Motorista	Endereço: Rua Décio Ricken	Número: 48	Complemento:
Bairro: Núvo Maranguape	Cidade: Maranguape	Estado: CE	CEP: 61943 - 160
E-mail: mcs27310@gmail.com	Tel (DDD): 85985296730		

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

DADOS CADASTRAIS			
RENDIMENTO MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <u>Santander</u>	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	CONTA: <input type="text"/> (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.

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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: <u>Falecidos:</u>
Vítima deixou pais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Local e Data: Fortaleza, 09 de Março de 2019
 Nome: _____
 CPF: _____
Fernando Henrique
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1º) Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura
 2º) Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura

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 RGQ, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntimo 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 Mardonio Brasileiro Abreu
 Estado civil Solteiro profissão motorista
 Residente Rua Didiime Cidade Cidral nº 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: rc527310@gmail.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 Mardonio Brasileiro Abreu
 Ocorrido em 27/07/2018.

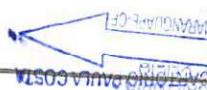
Podendo dito procurador,representar o (a) outorgante como se o próprio fosse,podendo requerer informações,copias documentais,parecer medico,comprovantes de pagamento de depósitos de indenização de sinistro DPVAT,acompanhar regulação junto a seguradora receptora e seguradora líder, marcar perícias medicas, 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 polícia,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 vitima 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,HD, 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 _____

Fábio Barbosa B. Abreu



2º OFÍCIO 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 MARDONIO BRASILEIRO ABREU . Dou fe.
 Maranguape, 11 de Janeiro de 2019

ANTONIO ERIVALDO MAGALHAES
 Escrivente Autorizado

21 JAN. 2019

PROCURAÇÃO

Outorgante: FRANCISCO MARDONIO BRASILEIRO ABREU....., brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO...., profissão MOTORISTA....., residente e domiciliado à Rua DIRIMO CIDRAK....., nº98....., 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

Fernando 37
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
Escrevente 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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA