

---

**Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190276000**

**Vítima: HENRIQUE MARQUES BONFIM**

**Data do Acidente: 20/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS**

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

**Senhor(a), HENRIQUE MARQUES BONFIM**

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, 24 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276000**                      **Vítima: HENRIQUE MARQUES BONFIM**

**Data do Acidente: 20/12/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS**

**Assunto: INTERRUÇÃO 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. 00181/00182 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14226319

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190276000

Vítima: HENRIQUE MARQUES BONFIM

Data do Acidente: 20/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HENRIQUE MARQUES BONFIM

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 cotovelos  
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: HENRIQUE MARQUES BONFIM

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 0000031557-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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:	Nome completo da vítima:
	008.551.813-11	HENRIQUE MARQUES BONFIM
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
HENRIQUE MARQUES BONFIM	008.551.813-11	
Profissão:	Endereço:	Número:
AUTÔNOMO	RUA ANTONIO JUCA	286
Bairro:	Cidade:	Estado:
SÃO JOSÉ	CRATEÚS	CEARÁ
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	63.700-000	

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0747 ☐ CONTA: 31.557 ☐ 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: CRATEÚS-PA, 15.03.2019.  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

\* Henrique Marques Bonfim

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura

(\*) 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.



# 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:	Nome completo da vítima:
	008.551.813-11	HENRIQUE MARQUES BONFIM
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:		CPF:
HENRIQUE MARQUES BONFIM		008.551.813-11
Profissão:	Endereço:	Número:
AUXILIAR	RUA ANTONIO JUCA	286
Bairro:	Cidade:	Estado:
SÃO JOSÉ	CRATEÚS	CE
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	63.700-000	

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0747 CONTA: 31.557 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Autorizo a Seguradora 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 cliente, 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, CRATEÚS-PA, 15.03.2019.  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

\* Henrique Marques Bonfim

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura

(\*) 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 REGIONAL DE CRATEUS



Impresso nº 2019169516

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 951 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **13/03/2019 09:57:17**  
Data / Hora da Ocorrência: **20/12/2018 01:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SARGENTO HERMÍNIO**  
Complemento:  
Bairro: Município: **CRATEUS/CE**  
Ponto de Referência: **SINAL DE TRÂNSITO**

21 MAR. 2019

**Noticiante(s)**

Nome: **HENRIQUE MARQUES BONFIM**  
Nascimento: **03/06/1984** CPF: **008.551.813-11**  
RG: **2001002129395** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA LUCILENE RODRIGUES MARQUES**  
**FRANCISCO EDILBERTO CARDOSO BONFIM**  
Endereço: **RUA ANTONIO JUCA, 286**  
Bairro: **SAO JOSE** CEP: **63.700-000**  
Município: **CRATEUS/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99375-7284**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OSK5021** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:  
**9C2KD0540DR118492** Renavam: **513936343** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ESD** Ano  
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **PRETA** Proprietário: **HENRIQUE MARQUES BONFIM** Situação:  
**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

**Histórico**

Informa o declarante que pilotava a MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS de Placa:OSK5021, de cor preta, na avenida Sargento Hermínio, situada nesta urbe, a uma velocidade média de 40km/h, e ao cruzar sinal uma MOTOCICLETA invadiu a preferencial do declarante e aconteceu um ABALROAMENTO, chegando a cair solo; QUE não sabe informar qual era a PLACA, COR, OU MODELO da outra MOTOCICLETA, ou por quem era pilotada; QUE não foi acionada a GUARDA MUNICIPAL desta urbe; QUE não foi acionado o CORPO DE BOMBEIROS desta urbe; QUE foi socorrido por POPULARES, que não lembra quem foram as pessoas que lhe socorreram; QUE foi levado até o HOSPITAL SÃO LUCAS situado nesta urbe; QUE apresenta GUIA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR de nº 072882 relatando: "PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E DOR NO BRAÇO DIREITO; MSD COM SINAIS DE CREPITAÇÃO NO 1/3 SUPERIOR DO ANTEBRAÇO DIREITO E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL; Que apresenta FICHA DE INTERNAÇÃO para realização de cirurgia; QUE apresenta como testemunhas não oculares do acidente supra, as pessoas de nomes: JOSE SOARES DE MACÊDO NETO RG: 2007568733-4 e CPF: 066.637.823-12 e FRANCISCO EUFRAZINO MARQUES, RG: 28.226.641-0 e CPF: 168.935.678-20 relatando terem presenciado o declarante com as

Henrique

Macêdo

Francisco

Daniela da Silva Pereira  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
MAT.: 301186-2-6

Handwritten signature/initials in blue ink.



**Impresso nº 2019169516**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 951 / 2019**

lesões e fratura supracitadas.

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do(a) noticiante, sendo a(o) mesmo(a) informado(a) que a comunicação de crime ou de contravenção não ocorrido ou fato inexistente, bem como imputar-lhe(s) a alguém, de que sabe ser inocente, é crime punível na forma da lei (Arts. 339 e 340, CPB).

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** \_\_\_\_\_

**DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626**

*Daniilo da Silva Paiva*  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
MAT. 301186-2-6

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** \_\_\_\_\_

*Henrique Marques Dourado*

**VISTO DO DELEGADO(A) :** \_\_\_\_\_

**RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944**

*René Gomes Mesquita*  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL  
MAT. 301249-4-4

*✓ José Soares de Macêdo Neto*

*✓ F. J. C. E. P. M. Z. M. A. P. S.*

21 MAR. 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:	Nome completo da vítima:
	008.SS1.813-11	HENRIQUE MARQUES BONFIM
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
HENRIQUE MARQUES BONFIM	008.SS1.813-11	
Profissão:	Endereço:	Número:
AUXILIAR	RUA ANTONIO JUCA	286
Bairro:	Cidade:	Estado:
SÃO JOSÉ	CRATOIS	CE
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	63.700-000	

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0747 CONTA: 31.557

AGÊNCIA: CONTA:

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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: Falecidos:	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 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: CRATOIS-CE, 15.03.2019.  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

\* Henrique Marques Bonfim

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 2ª | 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 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.**





Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 072882	Atendimento 0007	Nome do Paciente HENRIQUE MARQUES BONFIM	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 008 551 813-11	Local CRATEUS/CE	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 03/06/1984	Idade 34 Ano(s)	Mãe MARIA LUCILENE RODRIGUES MARQUES		
Pai FRANCISCO EDILBERTO CARDOSO BONFIM	Bairro SAO JOSE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Endereço RUA ANTONIO JUCA, 286	Conjuge	Telefone 88 94959283		
Profissão	Empresa	CPF do Responsável	Endereço RUA ANTONIO JUCA, 286	Município CRATEUS
Responsável HENRIQUE MARQUES BONFIM				UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 20/12/2018	Hora 01:38	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN	CRM/UF 18419/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO		
Indicador de Acidente	Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA			

Observação	Data/Hora Liberação 20/12/2018 02:15	Tipo de Saída Alta
------------	---	-----------------------

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
			36,6	94	18	130 X 80	95	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 20/12/2018 01:48

Responsável pela Classificação: JEFERSON ALVES VIAN

Relatório:

PACINETE DEU ENTRADA NA URGENCIA APRESENTANDO MULTIPLAS ESCORIAÇÕES E ALGIA EM MSD.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

20/12/2018 02:15:40h Responsável: CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN CRM-CE 18419  
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM MULTIPLAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E DOR NO  
BRÇO DIREITO  
EX FSC ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO  
MSD COM SINAIS DE CREPITAÇÃO NO 1/3 SUPERIOR DO ANTEBRAÇO DIREITO E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL  
ECG 15  
DEMAIS SISTEMAS NDN  
ID ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
FRATURA DE RÁDIO DIREITO  
CD: AVP  
CETOPROFENO 1 FC +100ML SF0,9% EV  
RX DO ANTEBRAÇO DIREITO  
SUTURA COM NYLON 3-0, PRÉVIA ASSÉPSIA COM IPV E BLOQUEIO LOCAL  
IMOBILIZAÇÃO  
AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA

*02:30V*  
*Rx OK - 02:55*  
*UTB 08:04L*  
*Não compareceu*

*Dr. J. Fernandes*  
*CRM 5838*  
*TRAUMATOLOGIA*  
**21 MAR. 2019**

*Christian A.S. Guzman*  
*CRM 18419*  
*02:15:40h*

CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN - CRM: 18419

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: HENRIQUE MARQUES BONFI



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 072882	Atendimento 0007	Nome do Paciente HENRIQUE MARQUES BONFIM	CNS	Guia de Autorização
Documentos CPF 008 551 813-11			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 03/06/1984	Local CRATEUS/CE		Idade 34 Ano(s)	
Pai FRANCISCO EDILBERTO CARDOSO BONFIM	Mãe MARIA LUCILENE RODRIGUES MARQUES			
Endereço RUA ANTONIO JUCA, 286	Bairro SAO JOSE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 94959283	
Responsável HENRIQUE MARQUES BONFIM	CPF do Responsável	Endereço RUA ANTONIO JUCA, 286	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 20/12/2018	Hora 01:38	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN	CRM/UF 18419/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO		
Indicador de Acidente	Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 20/12/2018 02:15	Tipo de Saída Alta		
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
		36.6	94	18
			PA (mmHg)	Oximetria (%)
			130 X 80	95
				Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 20/12/2018 01:48

Responsável pela Classificação: JEFERSON ALVES VIAN

Relatório:

PACINETE DEU ENTRADA NA URGENCIA APRESENTANDO MULTIPLAS ESCORIAÇÕES E ALGIA EM MSD.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

20/12/2018 02:15:40h Responsável: CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN CRM-CE 18419  
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM MULTIPLAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E DOR NO  
BRÇO DIREITO  
EX FSC ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO  
MSD COM SINAIS DE CREPITAÇÃO NO 1/3 SUPERIOR DO ANTEBRAÇO DIREITO E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL  
ECG 15  
DEMAIS SISTEMAS NDN  
ID: ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
FRATURA DE RÁDIO DIREITO  
CD: AVP  
CETOPROFENO 1 FC +100ML SF0,9% EV  
RX DO ANTEBRAÇO DIREITO  
SUTURA COM NYLON 3-0, PREVIA ASSEPSIA COM IPV E BLOQUEIO LOCAL  
IMOBILIZAÇÃO  
AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA

02:30V  
Pronto

RX OK → 02:55

UTB 08:04L

Não compareceu

15 ABR. 2019

21 MAR. 2019

Dr. Christian Anderson dos Santos Guzman  
CRM 18419  
TRAUMATOLOGIA

CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN - CRM: 18419

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: HENRIQUE MARQUES BONFIM

# 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: 06/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: HENRIQUE MARQUES BONFIM

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000031557-9

---

Nr. da Autenticação C4E5CDC28CD84F2A





Nº de Inscrição:

027573532

## DADOS DO CLIENTE

Nome: HENRIQUE MARQUES BOLFIM  
End. Leitura: RU ANTONIO JUCA, 280, CENTRO  
Cidade: CRATEUS

End. Entrega:

CEP: 63700-000

Cidade:

Local: 029

Setor: 000  
Subsetor: 00Quadra: 0000  
Subquadra: 00

Lote: 0290

CEP: 0000  
Comp: 0000

## ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	RD-15124304	300	386	6	0

## DATAS

Leitura Atual: 07/02/2019 | Emissão: 07/02/2019 | Leito Águas: 1974372  
Leitura Anterior: 09/01/2019 | Próxima Leitura: 09/03/2019 | Leito Esgoto:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	051	051	010	051	051
Analisadas	051	051	011	051	051
Em conformidade	051	051	011	051	051

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
24,40	
	Mês/Ano
	FEV/19
	MAR/19
	ABR/19
	MAY/19
	JUN/19
	JUL/19
	AGO/19
	SET/19
	OCT/19
	NOV/19
	DEZ/19
	JAN/19

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,23
COFINS	1,16

## SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	38,70
VALOR DO SUBSÍDIO	14,30
VALOR TOTAL A PAGAR	24,40

MÊS/ANO

02/2019

VENCIMENTO

06/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

24,40

## ONDE PAGAR SUA FATURA

1: 352967053941226 L: 0460 H: 10: 43: 10 R: 028 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros Pagafácil.

A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte na agência.

Canal de Atendimento  
**Cagece**  
0800 275 0195

**Cagece**  
NOMEN

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.  
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 283 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.  
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1919, de 8h às 12h e 13h às 17h.

Canal de Atendimento  
**Cagece**  
0800 275 0195

**Cagece**  
NOMEN

LIG: 0800 275 0195  
15 ABR. 2019

21 MAR. 2019

9855400

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

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 68.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 562260340

Rota 11 38000 23 144820 - 0 Data de Emissão 15/02/2019  
 Nome JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS  
 End. Postal RU DR JOAO TOME 00998 00998 CS A  
 CENTRO - CRATEUS - 63700000  
 Medidor 12536271 Poste 0000 A38W  
 Classe 83 - 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL TRIFASICO  
 RG / CPF / CNPJ 013414933-50 CGF  
 Norma do Responsável

## DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Fev/2019	15/02/2019	18/03/2019

## ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Vá a legenda no verso desta conta.

Conjunta	Mês	Índice
CRATEUS	Dez/2018	139,55

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
684,09	27,00%	184,70

Padrão Individual	Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,55	11,11	22,22
FIC	3,23	6,47	12,95
DMIC	3,20		1,98

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E9BA.E48B.5DE3.A42C.1DE2.CE6F.67FC.4498

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
2236	1184	1,00	932	0,00	932	0,7240	684,09
15/02/19	16/01/19		30 DIAS		502		684,09

## DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	684,09
MULTA MORATORIA REF 01/2019	7,55
JUROS DO MES	4,18
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	33,17

VENCIMENTO 22/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 728,99

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia .....	250,92
Transmissão .....	20,25
Distribuição .....	142,21
Encargos Setoriais .....	38,32
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	225,12
TOTAL .....	684,09

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
678	932	521	503	0	0	0	0	0	0	0	0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO 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> )
363,85	0,00	0%

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

## CONTAS EM ATRASO

Prévio Aviso  
 NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA  
 Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábil em atraso. Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

## DÉBITOS ANTERIORES

Período	Valor (R\$)
01/2019	411,42
Total	411,42

Consta desta fatura R\$ 40,42 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,98% e COFINS:4,93%  
 (Lei n.º 9.718/98 - PIS e COFINS - ANEEL - 14.127-02 - 10.033.031)

Bandeira verde em fev-19, sem acréscimo no valor da energia e ser repassado para o consumidor. Informações: [www.eneel.gov.br](http://www.eneel.gov.br)

Nº do Cliente: 9855400 Referência: Fev/2019  
 Data de Emissão: 15/02/2019 Total a Pagar (R\$): 728,99  
 Nº da Nota Fiscal: 562260340 Nº de Controle: 0009855400 00003 39032 02

8380000007-6 28990031000-0 00098554000-1 00033903203-0



15 ABR. 2019  
 21 MAR. 2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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 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 JOÃO PEGAR MOURÃO DAS SANZOS  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 013.414.933 / 50, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
HENRIQUE MARQUES BONFIM inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.551.813 / 11  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALENTE da Vítima HENRIQUE MARQUES BONFIM  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.551.813 / 11, 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: <u>RUA DR. JOÃO TOMÉ</u>	Número: <u>992</u>	Complemento: <u>Nº</u>
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>CRATEÚS</u>	Estado: _____
E-mail: _____	CEP: <u>63.700-000</u>	Tel.(DDD): <u>(88) 99968-0286</u>

Local e Data: CRATEÚS-CE, 15.03.2019

JOÃO PEGAR MOURÃO DAS SANZOS  
Assinatura do Declarante

21 MAR. 2019



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Julio Cesar Mourao das Sanz

inscrito (a) no CPF/CNPJ 013.414.933 / 50 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Henrique Marques Bonfim inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.551.813 / 11

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Henrique Marques Bonfim

inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.551.813 / 11, 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: <u>RUA DR. JOÃO TOMÉ</u>	Número: <u>992</u>	Complemento: <u>Nº</u>
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>CRATEÚS</u>	Estado: _____
E-mail: _____	CEP: <u>63.700-000</u>	Tel.(DDD): <u>88/99968-0286</u>

Local e Data: CRATEÚS-CE, 15.03.2019

Julio Cesar Mourao das Sanz  
Assinatura do Declarante

RECEBUEMOS  
15 ABR. 2019

21 MAR. 2019



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 072882	Atendimento 0007	Nome do Paciente HENRIQUE MARQUES BONFIM	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 008 551 813-11	Local CRATEUS/CE	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 03/06/1984	Idade 34 Ano(s)	Mãe MARIA LUCILENE RODRIGUES MARQUES		
Pai FRANCISCO EDILBERTO CARDOSO BONFIM	Bairro SAO JOSE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Endereço RUA ANTONIO JUCA, 286	Conjuge	Telefone 88 94959283		
Profissão	Empresa	CPF do Responsável	Endereço RUA ANTONIO JUCA, 286	Município CRATEUS
Responsável HENRIQUE MARQUES BONFIM				UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 20/12/2018	Hora 01:38	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN	CRM/UF 18419/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO		
Indicador de Acidente	Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA			

Observação	Data/Hora Liberação 20/12/2018 02:15	Tipo de Saída Alta
------------	---	-----------------------

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
			36,6	94	18	130 X 80	95	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 20/12/2018 01:48

Responsável pela Classificação: JEFERSON ALVES VIAN

Relatório:

PACINETE DEU ENTRADA NA URGENCIA APRESENTANDO MULTIPLAS ESCORIAÇÕES E ALGIA EM MSD.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

20/12/2018 02:15:40h Responsável: CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN CRM-CE 18419  
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM MULTIPLAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E DOR NO  
BRÇO DIREITO  
EX FSC ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO  
MSD COM SINAIS DE CREPITAÇÃO NO 1/3 SUPERIOR DO ANTEBRAÇO DIREITO E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL  
ECG 15  
DEMAIS SISTEMAS NDN  
ID ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
FRATURA DE RÁDIO DIREITO  
CD: AVP  
CETOPROFENO 1 FC +100ML SF0,9% EV  
RX DO ANTEBRAÇO DIREITO  
SUTURA COM NYLON 3-0, PRÉVIA ASSÉPSIA COM IPV E BLOQUEIO LOCAL  
IMOBILIZAÇÃO  
AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA

*02:30V*  
*02:55*  
*08:04L*  
*Naõ compareceu*

*Christian A.S. Guzman*  
*CRM-CE 18419*

CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN - CRM: 18419

*Dr. J. Fernandes*  
*CRM 5838*  
*TRAUMATOLOGIA*  
*21 MAR. 2019*

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: HENRIQUE MARQUES BONFI



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 072882	Atendimento 0009	Nome do Paciente HENRIQUE MARQUES BONFIM	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 008 551 813-11			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 03/06/1984	Local CRATEUS/CE			Idade 34 Ano(s)
Pai FRANCISCO EDILBERTO CARDOSO BONFIM	Mãe MARIA LUCILENE RODRIGUES MARQUES			
Endereço RUA ANTONIO JUCA, 286	Bairro SAO JOSE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 94959283	
Responsável HENRIQUE MARQUES BONFIM	CPF do Responsável	Endereço RUA ANTONIO JUCA, 286	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 20/12/2018	Hora 09:09	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ANTONIO PIERRE AGUIA NETO	CRM/UF 3289/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO		
Indicador de Acidente	Funcionário MONALIZA LOPES CLAUDINO			
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação ____/____/____ às ____ hs.	Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito
Sinais Vitais		
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)
		36
		P (bpm)
		91
		R (mpm)
		20
		PA (mmHg)
		161 X 80
		Oximetria (%)
		97
		Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 20/12/2018 09:19

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

paciente vitima de queda de moto (sic), com dor em MSD, há 1 dia, retorno medico hoje

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*Henrique Marques Bonfim*  
*Henrique Marques Bonfim*  
*Henrique Marques Bonfim*  
*Henrique Marques Bonfim*

Dr. Antonio Pierre Aguiar Neto  
Traumatologia - Ortopedia  
CREMEC 3289 - SBOT 1113  
CPF 001.102.083-72

21 MAR 2019

ANTONIO PIERRE AGUIA NETO - CRM: 3289

*Henrique Marques Bonfim*  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: HENRIQUE MARQUES BONFI



Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILOLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.S.L.

2 - CDES

24811073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.S.L.

4 - CDES

24811073

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

72882

7 - CAR

Paciente: HENRIQUE MARQUES BONFIM

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/06/1984

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NO

Data da Int: 20/12/2018 Dt de Nasc: 03/06/1984

11 - NO

Convênio: SUS Prontuário: 072882

12 - EN

Município: CRATEUS-CE

13 - EN

Nome da Mãe: MARIA LUCILENE RODRIGUES MARQUES

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF

16 - CEP

63700-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com lesão por queda em  
ambiente doméstico com lesão e dor  
#

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Suplement. Tm

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx do crânio P - MM

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de crânio P - MM

S520

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Tratamento

0408020369

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Antonio Pires Aguiar  
Traumatologia - Ortopedia  
CRM/CE 3289 - SBO 1113

20/12/2018

Traumatologia - Ortopedia  
CRM/CE 3289 - SBO 1113  
CDE - 011110-2013-77

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dr. Gilvan Melo Marques  
Médico Auditor - CRM/CE 1078

46 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

Departamento de Controle, Avaliação

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

21 MAR 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
SERIAL 2004015055373 DATA DE EMISSÃO 27/4/2004

NOME JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS

FILIAÇÃO BENEDITO JOSE DOS SANTOS E MARIA JOSE MOURAO DA SILVA

NACIONALIDADE

CRATEUS-CE

CERT. NASC. 12583 L A 12 F 7/7/1987

237 POTY CRATEUS, CE

CPF 0341493350

PORTALEZ, 15/05/2005

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

REPÚBLICA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

*Julio Cezar Mourao dos Santos*

POLEGAR DIREITO

CÓDIGO DE CONTROLE  
3390.E09C.B02C.532A

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço  
[www.rfceita.fazenda.gov.br](http://www.rfceita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 14:22:06 do dia 07/06/2013 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 013.414.933-60

Nome JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS

Nascimento 07/07/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

6102 MAR 2019  
21 MAR 12

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
SERIAL 2004015055373 DATA DE EMISSÃO 27/4/2004

NOME JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS

FILIAÇÃO BENEDITO JOSE DOS SANTOS E MARIA JOSE MOURAO DA SILVA

NACIONALIDADE

CRATEUS-CE

CERT.NASC. 12583 L A 12 F 7/7/1987

237 POTY CRATEUS, CE

CPF 0341493350

PORTALEZ, 15/05/2005

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

REPÚBLICA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

*Julio Cezar Mourao dos Santos*

POLEGAR DIREITO

CÓDIGO DE CONTROLE  
3390.E09C.B02C.532A

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço  
[www.rfceita.fazenda.gov.br](http://www.rfceita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 14:22:06 do dia 07/06/2013 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 013.414.933-60

Nome JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS

Nascimento 07/07/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

6102 MAR 2019  
12



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE TRIBUTAÇÃO

**NOME**  
HENRIQUE MARQUES BONFIM

**DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF**  
2001002129395 SSPDC CE

**CPF**  
006.551.813-11

**DATA NASCIMENTO**  
03/06/1984

**FILIAÇÃO**  
FRANCISCO EDILBERTO  
CARDOSO BONFIM  
MARIA LUCILENE  
RODRIGUES MARQUES

**PERMISSÃO**  
ACC

**CATEGORIA**  
AB

**Nº REGISTRO**  
04993980606

**VALIDADE**  
20/04/2023

**1ª EMISSÃO**  
26/07/2010

**OBSERVAÇÕES**  
SEM OBSERVAÇÃO;

*Henrique Marques Bonfim*  
ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL**  
CRATEUS, CE

**DATA EMISSÃO**  
26/04/2018

*Henrique Marques Bonfim*  
ASSINATURA DO EMISSOR

**CEARÁ**

**43666150457**  
**CE164725148**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1638162873**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1638162873**

1512 CONEXÃO DE SUE LTDA  
15 ABR. 2019

21 MAR. 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
CERTEIRA  
NOME  
2004015055373  
JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS  
FILIAÇÃO  
BENEDITO JOSE DOS SANTOS E MARIA JOSE MOURAO DA SILVA  
NACIONALIDADE  
CRATEUS-CE  
CERT. NASC. 12583 L A 12 F  
237 POTY CRATEUS. CE  
01491493350  
DATA DE NASCIMENTO  
7/7/1987  
FOTOGRAFIA  
LIB Nº 7.118 DE 28/05/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR  
*Julio Cezar Mourao dos Santos*

FOTOGRAFIA

POLEGAR DIREITO

CÓDIGO DE CONTROLE  
3390.E09C.B02C.532A

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço  
[www.rfceita.fazenda.gov.br](http://www.rfceita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 14:22:08 do dia 07/06/2013 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

615 ABR. 2019

21 MAR. 2019

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
013.414.933-50

Nome  
JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS

Nascimento  
07/07/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014142298409  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT VIA 01 Cód. RENAVAM 513936343 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME  
HENRIQUE MARQUES BONFIM

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
CRATEUS /CE

CPF / CNPJ  
00855181311

PLACA  
OSK5021/CE

PLACA ANT / UF  
/CE

CHASSI  
9C2KD0540DR118492

ESPECIE TIPO  
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL  
GASOL/ALCO

MARCA / MODELO  
HONDA/MXR150 BROS ESD

ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

CAP / POT / CIL  
2P/OCV/149CC

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRETA

COTA ÚNICA  
\*\*\*\*\*

VENC. COTA ÚNICA  
\*\*/\*\*/\*\*

VENC / COTAS  
1\*

FAIXA I.P.V.A.  
\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS  
\*\*\*\*\*

2\*

3\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO  
00/00/0000

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

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

LOCAL  
CRATEUS

DATA  
25/07/2018

Igor Ponte  
Superintendente



DETRAN-CE

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

CE Nº 014142298409 BILHETE DE SEGURO DPVAT

00855181311

OSK5021/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

014142298409

40156608535

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 25/07/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 00855181311

PLACA OSK5021

RENAVAM 513936343

MARCA / MODELO HONDA/MXR150 BROS ES

ANO FAB 2013

CAT. PRZ PART

Nº CHASSI 9C2KD0540DR118492

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL SERVIDO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO  
☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO  
00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KD05E4D11B492

03970



21 MAR. 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE Nº 014142298409

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 513936343

EXERCÍCIO 2018

NOME HENRIQUE MARQUES BONFIM

CRATEUS

00855181311

PLACA ANT / UF /CE

9C2K0540DR118492

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MAB APLIC

COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

ANO FAB 2013

ANO MOD 2013

MARCA / MODELO HONDA/MXR150 BROS ESD

CAP / POT / CIL 2P/OCV/149CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA

VENO / COTAS

PARCELAMENTO / COTAS

FAIXA I, PVA

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

IOF (R\$)

DATA 25/07/2018

LOCAL

CRATEUS

Superintendente

DETAN-CE

DENATRAN

CONTRAN

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

CE Nº 014142298409 BILHETE DE SEGURO DPVAT

00855181311

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

014142298409

EXERCÍCIO 2018

DATA EMISSÃO 25/07/2018

PLACA 0SK5021

MARCA / MODELO HONDA/MXR150 BROS ES

ANO FAB 2013

ANO MOD 2013

MARCA / MODELO HONDA/MXR150 BROS ES

PREMIO TARIFARIO

FMS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

DATA DE OUTRADO

PARCELADO

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: K005E4D118492

03970

21 MAR. 2019

15 ABR. 2019

LIBER. CANCELAMENTO DE SEG. DPVAT

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190276000 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HENRIQUE MARQUES BONFIM **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do cotovelo direito.

**Descrição do exame físico:** Bloqueio articular do cotovelo direito associado a atrofia muscular.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico da fratura do cotovelo direito (fixação com placa e parafusos).  
Sem menção a fisioterapia.  
Recebeu alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional moderada do cotovelo direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 29/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do cotovelo direito.  
NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO SINISTRO E DA PERÍCIA REALIZADA CONCLUÍDO QUE O DANO ATUAL NÃO TEM RELAÇÃO COM O DANO DO ACIDENTE DE 26/10/2013.

## 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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190276000 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HENRIQUE MARQUES BONFIM **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do cotovelo direito.

**Descrição do exame físico:** Bloqueio articular do cotovelo direito associado a atrofia muscular.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico da fratura do cotovelo direito (fixação com placa e parafusos).  
Sem menção a fisioterapia.  
Recebeu alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional moderada do cotovelo direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 29/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do cotovelo direito.  
NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO SINISTRO E DA PERÍCIA REALIZADA CONCLUÍDO QUE O DANO ATUAL NÃO TEM RELAÇÃO COM O DANO DO ACIDENTE DE 26/10/2013.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190276000 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HENRIQUE MARQUES BONFIM **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 18/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** x@pág.04 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190276000 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HENRIQUE MARQUES BONFIM **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 18/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** pág.04 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** HENRIQUE MARQUES BONFIM, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTONOMO, residente e domiciliado no RUA ANTONIO JUCA, nº. 286, complemento SEDE, bairro CENTRO, Município de CRATEUS, Estado de(o) CEARÁ, Cep.: 63.700-000, portador(a) do(a) CNH nº 04993980606, DETRAN/CE e CPF nº 008.551.813-11.

**Outorgado:** JÚLIO CEZAR MOURÃO DOS SANTOS, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão AUTONOMO, residente e domiciliado(a) à RUA DR. JOÃO TOMÉ, nº 998-A, bairro CENTRO, Município de CRATEÚS, Estado de (o) CEARA Cep.: 63.700-000, portador (a) do RG nº 2004015055373 SSP/CE e CPF nº 013.414.933-50

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 natureza **INVALIDEZ**, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) **HENRIQUE MARQUES BONFIM**, ocorrido em 20/12/2018, 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.

Crateús/Ce., 15 de Março de 2019.

x *Henrique Marques Bonfim*  
.....  
Outorgante **HENRIQUE MARQUES BONFIM**  
CPF Nº 008.551.813-11

21 MAR. 2019



**ARTURIO CAVALCANTE**  
So. Ofício Registro de Imóveis  
Maya Barreto Cavalcante  
Substituta  
CEARÁ

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** HENRIQUE MARQUES BONFIM, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTONOMO, residente e domiciliado no RUA ANTONIO JUCA, nº. 286, complemento SEDE, bairro CENTRO, Município de CRATEUS, Estado de(o) CEARÁ, Cep.: 63.700-000, portador(a) do(a) CNH nº 04993980606, DETRAN/CE e CPF nº 008.551.813-11.

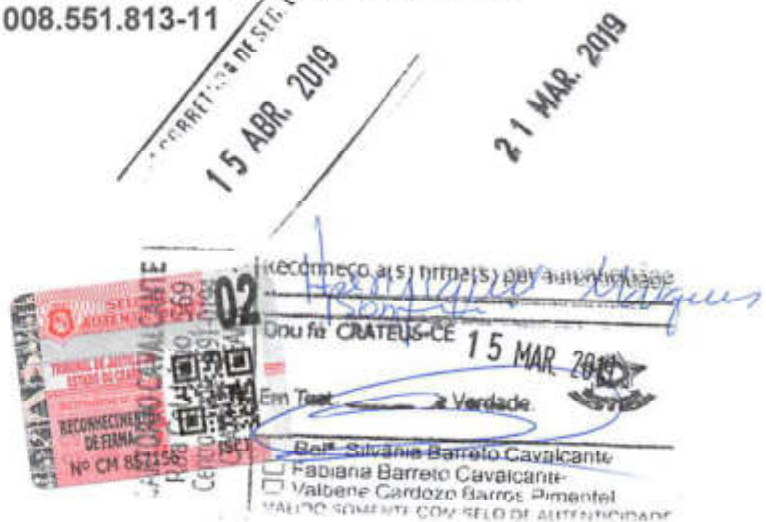
**Outorgado:** JÚLIO CEZAR MOURÃO DOS SANTOS, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão AUTONOMO, residente e domiciliado(a) à RUA DR. JOÃO TOMÉ, nº 998-A, bairro CENTRO, Município de CRATEÚS, Estado de (o) CEARA Cep.: 63.700-000, portador (a) do RG nº 2004015055373 SSP/CE e CPF nº 013.414.933-50

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 natureza INVALIDEZ, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) HENRIQUE MARQUES BONFIM, ocorrido em 20/12/2018, 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.

Crateús/Ce., 15 de Março de 2019.

*x Henrique Marques Bonfim*  
.....  
Outorgante HENRIQUE MARQUES BONFIM  
CPF Nº 008.551.813-11



**ARTÉRIO CAVALCANTE**  
1º Ofício Registro de Imóveis  
Maya Barreto Cavalcante  
Substituta  
CEARÁ

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095952/19

**Vítima:** HENRIQUE MARQUES BONFIM

**CPF:** 008.551.813-11

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 20/12/2018

**Titular do CPF:** HENRIQUE MARQUES  
BONFIM

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS : 013.414.933-50

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

### HENRIQUE MARQUES BONFIM : 008.551.813-11

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: 21/03/2019  
Nome: JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS  
CPF: 013.414.933-50

JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127474/19

**Vítima:** HENRIQUE MARQUES BONFIM

**CPF:** 008.551.813-11

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 20/12/2018

**Titular do CPF:** HENRIQUE MARQUES  
BONFIM

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS : 013.414.933-50

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

### HENRIQUE MARQUES BONFIM : 008.551.813-11

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: 15/04/2019  
Nome: JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS  
CPF: 013.414.933-50

JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA



(/)



Buscar no site



A  
COMPANHIA

SEGURO  
DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)

CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICAS

SALA DE  
IMPRESA

TRABALHE  
CONOSCO

CONTATO ▼

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para o ponto de atendimento de origem. O prazo de validade da documentação é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3190276000 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** HENRIOUE MAROUES BONFIM

## COBERTURA Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

**BENEFICIÁRIO** HENRIOUE MARQUES BONFIM

**CPF/CNPJ:** 00855181311

**Posição em 31-07-2019 12:01:17**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.



Data do Pagamento: XX/XX/XXXX


Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/05/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
15/05/2019	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	 <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/oHqLhHZzlldEuN2usRqjnw=api_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd2LlwFgl9Mn9rdm+ekC10YY=">           (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/oHqLhHZzlldEuN2usRqjnw=api_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd2LlwFgl9Mn9rdm+ekC10YY=)         </a>
25/04/2019	Interrupção de Prazo	 <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/gDkZmQCtn+FuRefrKf9dFapi_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd2LlwFgl9Mn9rdm+ekC10YY=">           (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/gDkZmQCtn+FuRefrKf9dFapi_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd2LlwFgl9Mn9rdm+ekC10YY=)         </a>

18/04/2019	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/NRDUDNQeZdTCY7ByaW:api_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd2LlwFgl9Mn9rdm+ekC10YY=)
------------	-------------------	---

## Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)



(https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

## ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A 

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

## PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

## ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



(https://www.seguradoralider.com.br)



(https://www.facebook.com/seguradoraliderdpvat\_oficial/)  
 I%C3%ADder-  
 dpvat)

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)

- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

## Atendimento

- › [Chat - Atendimento On-line \(/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line\)](/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › [Dúvidas, Reclamações e Sugestões \(/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes\)](/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › [Telefones de Contato \(/Contato/telefones-de-contato\)](/Contato/telefones-de-contato)
- › [Ouvidoria \(/Contato/Ouvidoria\)](/Contato/Ouvidoria)
- › [Canal de Denúncias \(/Contato/canal-de-Denuncias\)](/Contato/canal-de-Denuncias)
- › [Mapa do Site \(/Mapa-do-Site\)](/Mapa-do-Site)
- › [Consumidor.gov \(https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288\)](https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](/Pages/Termos-de-Uso.aspx)