

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, 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. 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: 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, 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, 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: | Nome completo da vítima: | | |
| | 008.551.813-11 | HENRIQUE Marques Bonfim | | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | | |
| Nome completo: | | | CPF: | 008.551.813-11 |
| Profissão: | Endereço: | Número: | | Complemento: |
| Bairro: | RUA ANTONIO Jucá | 286. | | |
| E-mail: | Cidade: | Estado: | CEP: | 63.700-000 |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- 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 OPCIÃO 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: 0747 CONTA: 31.557 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 (val 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: CRACOLÉ, 15.03.2019.

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Henrique Marques Bonfim

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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 | | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | | |
| Nome completo: | | | CPF: | 008.551.813-11 |
| Profissão: | Endereço: | Número: | | Complemento: |
| AZULONOMO | Rua Antônio Juca' | 286- | | |
| Bairro: | Cidade: | Estado: | CEP: | 63.700-000 |
| SÃO JOSÉ | Crato | Ceará | | |
| E-mail: | Tel.(DDD): | | | |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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 OPCIÃO 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

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 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 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): 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, 15.03.2019.

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU 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
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



Impresso nº 2019169516

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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**

Noticiante(s)

Nome: **HENRIQUE MARQUES BONFIM**
Nascimento: **03/06/1984** CPF: **008.551.813-11**
RG: **2001002129395** Orgão 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 ABALRROAMENTO, 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 MACÉDO 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

- Macêno

Francisco

Daniel de Souza Pinto
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MAT: 301186-2-6



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



Impresso nº 2019169516

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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. 30118626-2-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

x Henrique Marques Borges

VISTO DO DELEGADO(A) :

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

René Gomes Mesquita
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 30124944-2-6

✓ José Soárez de Mamedo Neto

✓ Fernanda Elizabeth dos Prazeres

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: | | |
| | 008.551.813-11 | HENRIQUE Marques Bonfim | | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | | |
| Nome completo: | | | CPF: | 008.551.813-11 |
| Profissão: | Endereço: | Número: | | Complemento: |
| AUTORONOMO | Rua Antônio Jucaí | 286. | | |
| Bairro: | Cidade: | Estado: | CEP: | 63.700-000 |
| SÃO JOSÉ | CREAÇÕES | CEARÁ | | |
| E-mail: | Tel.(DDD): | | | |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- 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 OPCIÃO 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: 0747

CONTA: 31.557

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 áqueles 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: Olaria-PA, 15.03.2019.
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
 xHenrique marques Bonfim

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

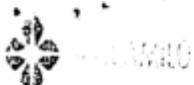
2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU 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 | | | 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 | Telefone 88 94959283 |
| Profissão RESPONSÁVEL HENRIQUE MARQUES BONFIM | Empresa | Conjuge | | | |
| 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 | | | | | |
| Saia | | Data/Hora Liberação 20/12/2018 02:15 | | Tipo de Saída Alta | |
| Sinais Vitais | | | | | |
| Peso (kg) | Altura (cm) | T (°C) | P (bpm) | R (ppm) | PA (mmHg) |
| | | 36,6 | 94 | 18 | 130 X 80 |
| | | | | | Oximetria (%): 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 /*Braco Direito*

SUTURA COM NYLON 3-0, PREVIA ASSEPSIA COM IPV E BLOQUEIO LOCAL

IMOBILIZAÇÃO

AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA

02:30V Rx ok → 02:55
utb 08:04L
Não compareceu

*Dr. Euler Fernandes
CRM: 18419
TRAUMATOLOGISTA*

21 MAR. 2019

CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN - CRM: 18419

CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN - CRM: 18419

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: HENRIQUE MARQUES BONFI



Guia de atendimento - EMERGENCIA

| DADOS DO PACIENTE | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------------|---|-------------------------|----------------------|------------------|
| Prontuário - Atendimento 072882 0007 | Nome do Paciente HENRIQUE MARQUES BONFIM | | CNS | Guia de Autorização | | | |
| Documento(s) CPF: 008 551 813-11 | | | | Estado Civil Solteiro(a) | Sexo Masculino | Idade 34 Ano(s) | |
| Data de Nascimento 03/06/1984 | Local CRATEUS/CE | | | | | | |
| 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 | Telefone 88 94959283 | | |
| Profissão Responsável HENRIQUE MARQUES BONFIM | Empresa | Cônjugue | | | | | |
| 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) 36.6 | P (bpm) 94 | R (ppm) 18 | PA (mmHg) 130 X 80 | Oximetria (%): 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 CREPISTAÇÃO 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

1/3 braco direito 02:30V
SUTURA COM NYLON 3-0, PREVIA ASSEPSIA COM IPV E BLOQUEIO LOCAL

IMOBILIZAÇÃO

AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA

Braco direito RX OK → 02:55

UTB 08:04L

Não compareceu

IF 21/12/2018 02:15:40h

15 ABR. 2019

21 MAR. 2019

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: HENRIQUE MARQUES BONFI

CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN - CRM: 18419

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 DOLFIN
 End. Leitura: RU ANTONIO JUCA, 296, CENTRO
 Cidade: CRISTIEUS

End. Entrega: CEP: 03700-000
 Cidade:

Local: 020 Setor: 000 Quadra: 0006 Lote: 0296 CEP: 00000
 Subsector: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

| | | | |
|------------------|----------------|-----------------|--------------|
| Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Público: 000 |
|------------------|----------------|-----------------|--------------|

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

| Serviço | Medidor | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volumen(m³) | Média Semestral(m³) |
|---------|------------|------------------|---------------|-------------|---------------------|
| AQUA | R015121301 | 380 | 386 | 6 | 0 |

DATAS

Leitura Atual: 07/02/2019 | Emissão: 07/02/2019 Lacre Água: 1971372
 Leitura Anterior: 09/01/2019 Próxima Leitura: 09/03/2019 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 12/2018

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

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS

ANLIA

| Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME |
|-------------|-------------------------------|
| 24,40 | Mês/Ano Água (m³) Esgoto (m³) |
| FEV/18 1 | 0 |
| MAR/18 5 | 0 |
| ABR/18 0 | 0 |
| MAY/18 7 | 0 |
| JUN/18 10 | 0 |
| JUL/18 7 | 0 |
| AGO/18 9 | 0 |
| SETE/18 9 | 0 |
| OUT/18 11 | 0 |
| NOV/18 9 | 0 |
| DEZ/18 7 | 0 |
| JAN/18 8 | 0 |

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição

PIS

COFINS

Valor (R\$)

0,23

1,16

SUBSÍDIO

Descrição

VALOR DO SERVIÇO

VALOR DO SUBSÍDIO

VALOR TOTAL A PAGAR

Valor (R\$)

38,70

14,30

24,40

MÊS/ANO

02/2019

VENCIMENTO

06/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

24,40

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 3529867053941206 L: 0460 H: 10:43:10 R: 028 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: PagBank
 A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta no seu cartão. Abra já este serviço. Consulte sua agência.



Obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Instituições Reguladoras: Fortaleza: ACPOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1918. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estrelada: 126. 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: 3101.1918.



15 ABR. 2019
 15 ABR. 2019
 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 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 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 Júlio Cesar Mourão dos Santos
 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 INVAVIDEL 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 Lider-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>392</u> | Complemento: |
| Bairro: | <u>CENTRO</u> | Cidade: | <u>CRATOÉS</u> | Estado: |
| E-mail: | | | | CEP: <u>63.700-000</u> Tel.(DDD): <u>(62) 39968-0286.</u> |

Local e Data: _____ Cratoés - GO, 15.03.2019

Júlio Cesar Mourão dos Santos
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 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 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 RESSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Julio Cesar Marques dos Santos

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

Henriquine Marques Bonfim inscrito (a) no CPF sob o N° 008.551.813 / 11,

do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDA, da Vítima Henriquine Marques Bonfim,

inscrito (a) no CPF sob o N° 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 Lider-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.

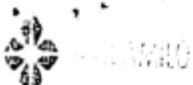
| | | | | | |
|-----------|--------------------------|---------|----------------|--------------|-------------------------------|
| Endereço: | <u>Rua Dr. João Tomé</u> | Número: | <u>992</u> | Complemento: | <u>"A"</u> |
| Bairro: | <u>CENTRO</u> | Cidade: | <u>CRATOÉS</u> | Estado: | <u>CEP:</u> <u>63.700-000</u> |
| E-mail: | | | | Tel.(DDD): | <u>(88) 99968-0286.</u> |

Local e Data: _____ Cratoés - CE, 15.03.2019

Julio Cesar Marques dos Santos
Assinatura do Declarante

CORRETOR DE SEGURO
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 | | | 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 | Telefone 88 94959283 |
| Profissão RESPONSÁVEL HENRIQUE MARQUES BONFIM | Empresa | Conjuge | | | |
| 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 | | | | | |
| Saia | | Data/Hora Liberação 20/12/2018 02:15 | | Tipo de Saída Alta | |
| Sinais Vitais | | | | | |
| Peso (kg) | Altura (cm) | T (°C) | P (bpm) | R (ppm) | PA (mmHg) |
| | | 36,6 | 94 | 18 | 130 X 80 |
| | | | | | Oximetria (%): 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 /*Braco Direito*

SUTURA COM NYLON 3-0, PREVIA ASSEPSIA COM IPV E BLOQUEIO LOCAL

IMOBILIZAÇÃO

AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA

02:30V Rx ok → 02:55

Braco Direito

ok

UTB 08:04L

Não compareceu

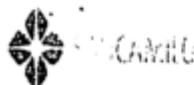
*Dr. Jeferson Fernandes
CRM 18419
Traumatologista*

21 MAR. 2019

Q

CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN - CRM: 18419

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: HENRIQUE MARQUES BONFI



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

Prontuário Atendimento Nome do Paciente
072882 0009 HENRIQUE MARQUES BONFIM

Documento(s)
CPF: 008 551 813-11

Data de Nascimento
03/06/1984

Local
CRATEUS/CE

Pai
FRANCISCO EDILBERTO CARDOSO BONFIM

Endereço
RUA ANTONIO JUCA , 286

Profissão

Responsável
HENRIQUE MARQUES BONFIM

Data Atendimento
20/12/2018

Hora
09:09

Convênio
SUS

Profissional do Atendimento
ANTONIO PIERRE AGUIA NETO

Indicador de Acidente

Observação

DADOS DO PACIENTE

CNS

Guia de Autorização

Estado Civil
Solteiro(a)

Sexo
Masculino

Idade
34 Ano(s)

Mãe
MARIA LUCILENE RODRIGUES MARQUES

Bairro
SAO JOSE

CEP
63700-000

Município
CRATEUS

UF
CE

Telefone
88 94959283

Empresa

Cônjugue

Município
CRATEUS

UF
CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Matrícula

CID

CRM/UF
3289/CE

Tipo Atendimento
CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Funcionário

MONALIZA LOPES CLAUDINO

| Sala | Data/Hora Liberação | às | hs. | Tipo de Saída | () Alta | () Internação | () Óbito |
|---------------|---------------------|-------------|--------|---------------|----------|----------------|------------------|
| | / / | | | | | | |
| Sinais Vitais | Peso (kg) | Altura (cm) | T (°C) | P (bpm) | R (ppm) | PA (mmHg) | Oximetria (%): |
| | 36 | | 36 | 91 | 20 | 161 X 80 | 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 vítima 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)

*X Dor na QLH
Tx de c/ d - m
Tx de c/ d - m - D
Tx de c/ d - m - D
Tx de c/ d - m - D
Tx de c/ d - m - D*

Dr. Antonio Pierre Aguiar Neto
Traumatologia - Ortopedia
CREMECE/CE 3289 - SBOT 1113
CPF 841.102.083-72

21 MAR. 2019

ANTONIO PIERRE AGUIA NETO - CRM: 3289

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.S.L

2 - CDES

04181101713

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.S.L

4 - CDES

04181101713

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

70882

7 - CAR Paciente: HENRIQUE MARQUES BONFIM

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/06/1984

9 - SEXO

Masc.

X 1

Fem.

3

10 - NO Convênio: SUS Prontuário: 072002

11 - TELEFONE DE CONTATO

Município: CRATEUS-CE

Nº DO TELEFONE

12 - EN Nome da Mãe: MARIA LUCILENE RODRIGUES MARQUES

DDD

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

63700.000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ponto avulto e perda de sensibilidade dorsal e lombar e diplégia

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Safemente

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

Exa de cerve P - MNR

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de coluna P 3520

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04108012013619

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF 0191102083172

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Antônio Pierre Aguiar
Traumatologista - Ortopedia
CRM-CE 3289 SBOT 1113

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

20/12/2013
Traumatologia - Ortopedia
CRM-CE 3289 SBOT 1113

CRM-CE 3289 SBOT 1113

CREF-CE 10172

32 - NÚMERO DE REGISTRO DO CONSELHO

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Gilvan Melo Marques

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

27 MAR 2013

Médico Auditór CRM-CE 1079

Secretaria de Estado da Saúde

Departamento de Controle, Avaliação

Assinatura e Carimbo nº do Registro do Conselho

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DETALHO

2004015055373

DATA DE EMISSÃO

27/4/2004

NOME

JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS

FILIAÇÃO

BENEDITO JOSE DOS SANTOS E MARIA JOSE MOURAO DA SILVA

MATRIZ/ONCLE

DIA DE NASCIMENTO

7/7/1987

CRAVEUS-CE

CERT. NASC. 12583 L A 12 F

237 POTY CRAVEUS, CE

01341493350

FONTE/ARMAS



LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

CÓDIGO DE CONTROLE
3390.E0SC.B02C.532A

A autenticidade dessa comprovação deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

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

21 MAI 2013



POLIGRAMA DIREITO



Julio Cesar Mourao dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

013.414.933-50

Número

Nome

JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS

Nascimento

07/07/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SERVIÇO MILITAR DA SEGUINCIADA PRAIAS

MATRIZ/ONCLE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DETALHO

2004015055373

DATA DE EMISSÃO

27/4/2004

NOME

JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS

FILIAÇÃO

BENEDITO JOSE DOS SANTOS E MARIA JOSE MOURAO DA SILVA

MATRIZ/ONCLE

DATA DE NASCIMENTO

7/7/1987

CRAVEUS-CE

CERT. NASC. 12583 L A 12 F

237 POTY CRAVEUS, CE

01341493350

FORNECEDOR



LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

CÓDIGO DE CONTROLE
3390.E0SC.B02C.532A

A autenticidade dessa comprovação deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

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

21 MAI 2013



POLIGRAMA DIREITO



Julio Cesar Mourao dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

013.414.933-50

Número

JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS

Nascimento

07/07/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SERVIÇO MILITAR DA SÉQUENCIA PRATICADA

ESTADO DO CEARÁ



15 ABR. 2019

21 MAR. 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO

DATA DO
EMISSÃO

2004015055373

27/4/2004

NOME

JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS

FILHO

BENEDITO JOSE DOS SANTOS E MARIA JOSE MOURAO DA SILVA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

7/7/1987

CRAVEUS-CE

CERT. NASC. 12583 L A 12 F

237 POTY CRAVEUS, CE

01341493350

FORNECEDOR

LEI Nº 7.110 DE 29/06/83

A autenticidade desta comprovação deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br
Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 14:22:06 do dia 07/03/2013 (horas e data de Brasília)
dígito verificador: 00

CÓDIGO DE CONTROLE
3390.E08C.B02C.532A

15 APR 2010
15 APR 2010
21 MAR 2010

A autenticidade desta comprovação deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br
Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 14:22:06 do dia 07/03/2013 (horas e data de Brasília)
dígito verificador: 00

Julio Cezar Mourao dos Santos

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
013414933-50

JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS

Nascimento
07/07/1987

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



POLIGRAM DIREITO



ESTADO DO CEARÁ
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CONTRARI

DENATRAN

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

Valorização 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.

Henrique marques bonfim
Outorgante HENRIQUE MARQUES BONFIM
CPF Nº 008.551.813-11

21 MAR. 2019



ANTERIO CAVALCANTE
Ofício Registro de Imóveis
Mraya Barreto Cavalcante
Substituta
CEARA

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.



ANTÔNIO CAVALCANTE
Ó Ofício Registro de Imóveis
Mayra Barreto Cavalcante
Substituta
CEARA

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA



()



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
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 dentro de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190276000 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA HENRIQUE MARQUES BONFIM

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO HENRIQUE 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 | (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/oHqLhHZzIldEuN2usRqjnwa=api_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd2LlwFgj9Mn9rdm+ekC10YY=) |
| 25/04/2019 | Interrupção de Prazo | (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/gDkZmQCtn+FuRefrKf9dFapi_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd2LlwFgj9Mn9rdm+ekC10YY=) |

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-Efetuados.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>)

DPVAT OFICIAL

([https://http://brasilcorporary.com.br/seguro-dpvat/portal_dpvat_oficial/](http://http://brasilcorporary.com.br/seguro-dpvat/portal_dpvat_oficial/))

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.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>)
- › Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
- › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
- › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

Atendimento

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

Termos de uso e política de privacidade (</Pages/Termos-de-Uso.aspx>)