

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

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266185

Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

Data do Acidente: 17/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

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, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266185

Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

Data do Acidente: 17/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS

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, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190266185

Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

Data do Acidente: 17/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190266185

Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

Data do Acidente: 17/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

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

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 20 de Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190266185

Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

Data do Acidente: 17/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

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 tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001141-X

Conta: 0000014654-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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: GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES		CPF: 004.258.303-90		
Profissão: PROFISSIONAL	Endereço: RUA CAPITÃO RODRIGO	Número: 211	Complemento: CASA	
Bairro: CENTRO	Cidade: NOVO ORIENTE	Estado: CEARA	CEP: 63.740-000	
E-mail:		Tel.(DDD): (88) 9.96232760		

DADOS CADASTRAIS

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

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 OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **1141** CONTA: **14654**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: 08 ABR 2019
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 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.

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: **NOVO ORIENTE - CE, 29/03/2019.**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(* Assinatura de quem assina A ROGO
Gleivandy Rodrigues Gonçalves
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Assinatura do Representante Legal (se houver) **José Luiz Costa Dantas** Assinatura do Procurador (se houver)

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/03/2019 AUTO-ATENDIMENTO 15.44.29
129672692 0000

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: GLEIVANDY R GONCALVES
AGENCIA: 1141-X 14.654-4

Saldo 199,740

CHEQUE ESPECIAL - LIMITES

- Limite Contratado	200,00C
- Limite Utilizado	199,740
- Limite Disponivel	0,26C

JUROS	2,36	IOP	0,80
TX.CH.OURU	11,62%	VENCIMENTO	30.04.2019
QTDE DIAS CHQ ESP			3

CREDITO BB-MELHOR OFERTA* 21.479,84C

Linhos de Credito Credito*

BB Renovacao Consignacao** 21.479,84

BB Credito Novo

BB Crd Consig em Folha** 16.043,00

BB Credito Salario 6.620,00

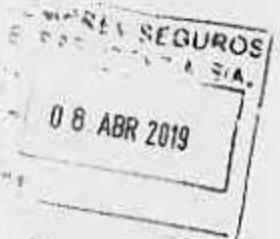
Financiamientos de Bens/Servicos

BB Creditorio/Construcao 9.526,00

*VALORES DE REFERENCIA. Representam as melhores ofertas para voc e estao sujeitas a confirmacao no momento da contratacao.

**Disponivel aps confirmacao da margem pelo empregador.

Desde o dia 18/04 voce pode entrar em contato com o Banco do Brasil pelo numero 4003-3001 ou 0800 729 3001.



Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Impresso nº 2019203102



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 511 - 233 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **28/03/2019 09:40:00**

Data / Hora da Ocorrência: **17/12/2018 17:00:00**

Endereço da Ocorrência: **SITIO LOCALIDADE MACACO**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **NOVO ORIENTE/CE**

Ponto de Referência:

08 ABR 2019

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES**

Nascimento: **12/02/1984** CPF: **004.258.303-90**

RG: **2000020046783** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**

Filiação: **MARIA RODRIGUES GONÇALVES TEIXEIRA**

LUIZ GONÇALVES NETO

Endereço: **RUA CAPITÃO RODRIGO, 211**

Bairro: **CENTRO**

Município: **NOVO ORIENTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYG4220** Uf: **CE** Município: **NOVO ORIENTE** Chassi: **9C2JC30102R226642** Renavam: **793932602** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2002** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **LUIZ GONCALVES NETO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

1º) Vítima Condutor

A pessoa acima qualificada compareceu ao cartório desta delegacia para noticiar que no dia 17/12/2018, por volta das 17h00, sofreu um acidente de motocicleta, quando trafegava na motocicleta Honda/CG 125 TITAN KS, placa HYG 4220, cor vermelha, licenciada e registrada no nome de seu pai LUIS GONÇALVES NETO; QUE estava trafegando com a motocicleta na localidade do Macaco, zona rural do Novo Oriente-CE, quando se aproximava de um entrocamento e outra motocicleta adentrou a via que o declarante vinha invadindo a preferencial; Que a outra motocicleta atingiu a motocicleta do declarante entre a roda dianteira e o mata-cachorro do lado direito; Que o piloto da outra motocicleta se levantou e se evadiu do local sem prestar socorro; Que o declarante foi socorrido por populares que chegaram de carro ao local logo depois do acidente; Que o foi socorrido para o hospital do município Dr José Maria Fernandes Leitão; Que foi encaminhado ao hospital de Crateús-CE, para realizar exames; Que foram feitos rios x dos tornozelos; Que o declarante teve fratura nos dois tornozelos; Que seu tornozelo direito permaneceu com gesso mais de dois meses; Que o tornozelo esquerdo não foi engessado em virtude de um corte



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE



Impresso nº 2019203102

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 511 - 233 / 2019

ocasionado pelo acidente em que o declarante levou 13 pontos em seu pé esquerdo; Que ainda sofre dores até hoje em virtude do acidente, principalmente em seu pé esquerdo (quando fixa o pé no chão); E nada mais disse.

2º) Determinou a Autoridade Policial que no presente documento consigne que a motocicleta foi apresentada na Delegacia (ou qualquer outro órgão público) na data dos fatos para realizar perícia, a fim de comprovar que realmente houve acidente, sendo periciado o veículo na data de 20/02/2019, conforme laudo pericial nº 192793-02/2019P Ademais, não foi realizado exame complementar, ocasião, em que a SEGURADORA LÍDER dispensa laudo do IML nos casos em que não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou a região em que reside a vítima. QUE, o boletim de ocorrência foi registrado aproximadamente 03 meses após o acidente.

3º) Dados do veículo acima descrito.

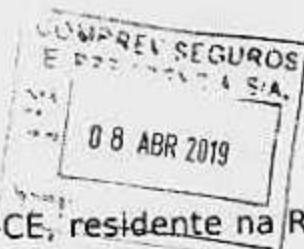
4º) Testemunhas

4.1) LUIS GONÇALVES NETO, RG 2016049283-6, SSP-CE, residente na Rua Capitão Rodrigo, nº 211, Bairro Centro, Novo Oriente-CE.

Luis Gonçalves Neto
4.2) MARIA GONÇALVES LIMA, RG 2018042174-8, SSP-CE, residente a Localidade de São Raimundo, Zona rural, Novo Oriente-CE.

Maria Gonçalves Lima

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).



DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Rafael Belo da Silva
Escrivão de Polícia

RAFAEL BELO DA SILVA - MAT.: 30120027

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

RODRIGO RIBEIRO DE VASCONCELOS - MAT.: 301231-4-X

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:		
	004.258.303-90	GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:	004.258.303-90	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
PROFISSIONAL	RUA CAPITÃO RODRIGO	211	CASA	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	
CENTRO	NOVO ORIENTE	CEARÁ	63.740-000	
E-mail:	Tel. (DDD): (88) 9.96232760			

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: 1141 0 CONTA: 14654 4
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 6.394/74, 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"/> Divorciado <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: Vividos: _____ 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 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.

MORTE	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <u>Novo Oriente - CE, 29/03/2019</u>	TESTEMUNHAS
	Name:	1º Nome: _____	
	CPF: _____	CPF: _____	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		Assinatura	
<u>Gleivandy Rodrigues Gonçalves</u>		Assinatura	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)	

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

Nome Paciente 19689-GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES	Data - Hora 17/12/2018 - 19:46:02	Atendimento 28171
Cartão Nacional de Saúde(CNS) 898002785743158	Documento	Data de Nascimento 12/02/1984
Nome da Mãe MARIA RODRIGUES GONCALVES TEIXEIRA		Idade 34
Endereço RUA CAPITÃO RODRIGO	Número	Sexo M
Procedência	Bairro CENTRO	Cidade/UF NOVO ORIENTE/CE
		Telefone de Contato
		CEP 63740000

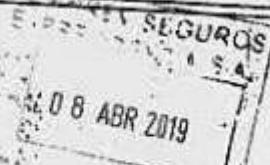
História Clínica/Queixa do Paciente

Prancha vitimada de queda de moto
quebrou o osso do pé D

Exame Físico

Prancha vitimada

Exames Solicitados



Hipótese/Conclusão Diagnóstica

Fratura do pé D

Conduta/Tratamento

- Sustentação
 - Almofadas
 - Cicatrização
 - Exames
- 19/25 dias

Recepção/Atendente

Assinatura / Cartão do Mérito

Ass. Paciente ou Responsável / Saída

DR. RENAN VIEIRAS DA COSTA

CRM/CE 16803

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: 13/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01141-X

CONTA: 000000014654-4

Nr. da Autenticação CF7CB589EE7CD20D



Nº de Inscrição:

051651220

DADOS DO CLIENTE

Nome: LUIS GONCALVES NETO

End. Leitura: RU CAP RODRIGO, 211, CENTRO

Cidade: NOVO ORIENTE

CEP: 63740-000

End. Entrega:

Cidade:

Local: 007

Setor: 004

Subsetor: 00

Quadra: 0118

Subquadra: 00

Lote: 0005

Centro:

CEP: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDA

Serviço	Medidor	Leratura Anterior	Leratura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
RGLI	R10F009163	1037	1048	11	9

ATAS

Leratura Atual: 27/03/2019 Emissor: 27/03/2019 Laço Água: 009999
Leratura Anterior: 23/02/2019 Próxima Leratura: 26/04/2019 Laço Esgoto:

01/04/2019

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Closp	Tubídez	Col.	Coliformes Totais	Esbeltação Col.
Exigidas	021	021	010	021	021
Analíticas	021	016	008	021	021
Em conformidade					

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

29,16

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
JAN/18	4	0
FEB/18	5	0
MAR/18	6	0
ABR/18	5	0
MAY/18	9	0
JUN/18	6	0
JUL/18	5	0
AGO/18	5	0
SETE/18	9	0
OUT/18	6	0
NOV/18	12	0
DEZ/18	7	0
JAN/19	12	0
FEV/19	8	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

PIS

Valor (R\$)

0,28

SUBSÍDIO

Descrição

VALOR DO SERVIÇO

Valor (R\$)

21

COFINS

Valor (R\$)

1,38

VALOR DO SUBSÍDIO

Valor (R\$)

16,05

VALOR TOTAL A PAGAR

Valor (R\$)

29,16

MÊS/ANO

03/2019

VENCIMENTO

05/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

29,16

IMPRES SEGUROS
08 ABR 2019



Nº de Inscrição:

051851220

88996232

(88)

99623

2760

DADOS DO CLIENTE
 Nome: LUIZ CONCALVES NETO
 End. Leitura: RUA CRP RODRIGO, 211, CENTRO
 Cidade: NOVO ORIENTE
 End. Entrega:
 Cidade:

CEP: 63740-000

Lote:	007	Sector:	004	Quadra:	011B	Lote:	0085	CEP:	0000
		Subsector:	00	Subquadra:	00			Cep:	0000

ECONOMIAS	001	Residencial	000	Comerciais	000	Industriais	000	Públicas	000
-----------	-----	-------------	-----	------------	-----	-------------	-----	----------	-----

Informações sobre medição	Medidor	Lectura Anterior	Lectura Atual	Volumen(m ³)	Média Semanal(m ³)
RGUR	R10F00S163	1037	1048	11	9

ATAS	Lectura Atual:	27/03/2019	Emissoor:	27/03/2019	Lectr. Águas:	90999
	Lectura Anterior:	23/02/2019	Prévia Lectura:	26/04/2019	Lectr. Esgotos:	

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:	NP de Amostras	027	Turbidez	010	Condições Totais	Boa
	Esgoto	021		010		021
	Aerodissolvedos	021	016	008	021	021
	Em conformidade	021				

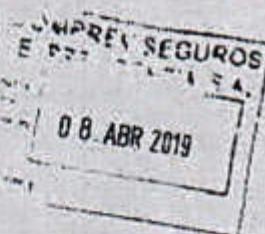
MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m ³)	Esgoto (m ³)
	29.16	JAN/18	3	0
		FEB/18	4	0
		MAR/18	5	0
		ABR/18	6	0
		MAY/18	5	0
		JUN/18	5	0
		JUL/18	8	0
		AGO/18	6	0
		SETE/18	7	0
		OUT/18	12	0
		NOV/18	12	0
		DEZ/18	12	0
		JAN/19	12	0
		FEV/19	8	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
PFTE	Valor (R\$)	Dependente	Valor (R\$)
COFINS	0,28 1,38	VALOR DO SERVIÇO	15,21
		VALOR DO SUBSÍDIO	16,05
		VALOR TOTAL A PAGAR	29,16

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
03/2019	05/04/2019	29,16



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 falsa 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 JENILSON CASTRO DANTAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 781.883.183 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.258.303 / 90, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.258.303 / 90, 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.

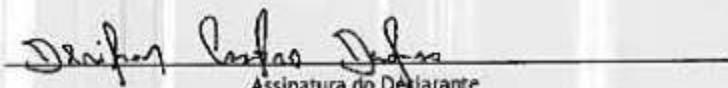
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	RUA PEDRO CARVALHEDO	Número	366	Complemento	CASA
Bairro	CENTRAL	Cidade	CEARÁ	Estado	CEP 63.740-000
Email		Telefone comercial(DDD)	(83) 9.96232760	Telefone celular (DDD)	

Nova Olímena-CE, 29 de MARÇO de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante




DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Luis Gonçalves Neto

RG nº 20160492836

data de expedição 17/02/2016

Órgão SSP-CE

portador do CPF nº 067.679.743-15

com domicílio na cidade de Nova Orléans, no Estado de Ceará

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA CAPITÃO RODRIGUES - CENTRO, nº 211

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Gleyvandy Rodrigues Gonçalves, cujo o condutor era

Gleyvandy Rodrigues Gonçalves

Veículo: MOTO Modelo: HONDA CG 125 TITAN KS Ano: 2002

Placa: HYF4280 Chassi: 9C2AC30102R926645

Data do Acidente: 17/12/2018

Local e Data: Nova Orléans - CE, 28 de Março de 2019


Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO
Pinho
2º Ofício

- Bel. MANOEL ALEXANDRE DE PINHO
 Nôbile Coelho de Pinho
 Maria Aranjo Teixeira
 Omerina Lira de Souza

Reconhecido por autenticidade a firma da: Luis Gonçalves Neto

Flor. Int. - Móvel - 01 Espaço 13 - 29/03/2019 - Faz. Intervisão



CARTÓRIO PINTO 2º OFÍCIO
Maria Aranjo Teixeira
Escrevente e Corretora

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:

Distrito Sanitário:

Município:

Nome: Josévaldo Ribeiro Guedes Prontuário:
 Endereço: R. Lúcia Dantas
 Sexo: M F Data de Nasc: 12/07/84 Ocupação:

Motivo do Encaminhamento?

Recente evolução de audição apreço queimadura
elvo e perda em ambos pés

Resultado de Exames:

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica

Dra. Rita Vieira A. Coimbra
 CRM/MG 18802

Contusãograu II

Função

01.01.19

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

Ambulatório Hospitalar Auxílio Diagnóstico Procedimento: Exame de E

Profissional:

Unidade de Referência:

Data / / Hora / /

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário N.º

Alta / /

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal

CID

Secundário 1

CID

Secundário 2

CID

08/ABR/2019
 08/ABR/2019

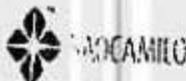
Proposta de Conduta para seguimento

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - N.º Registro

Função

Data



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

Pronutário: 052974 Atendimento: 0003 Nome do Paciente: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES
Documento(s): Identidade: 2000020047291
Data de Nascimento: 12/02/1984 Local: NOVO ORIENTE/CE
Pai: LUIZ GONCALVES NETO
Endereço: RUA CAPITAO RODRIGO, 211
Profissão: PROFESSOR
Responsável: PAMELA MARIA ALVES CARVALHO

DADOS DO PACIENTE

CPF: 698002785743158 | Guia de Autorização
Estado Civil: Outro | Sexo: Feminino
Idade: 34 Ano(s)
Mãe: MARIA RODRIGUES GONCALVES TEIXEIRA
CEP: 63740-000 | Municipio: NOVO ORIENTE
UF: CE | Telefone: 88997986477
Conjuge: PAMELA MARIA ALVES CARVALHO
Endereço: RUA CAPITAO RODRIGO, 211
Municipio: NOVO ORIENTE
UF: CE

Data Atendimento: 18/12/2018 Hora: 08:17 Convênio: SUS

Profissional do Atendimento: JAMIL SANCHES JORQUEIRA
Indicador de Acidente:

Observação:
trouxe guia
Sala:

Sinais Vitais
Peso (kg):

Altura (cm): T (°C): 36 P (bpm): 88 R (impm): 20 PA (mmHg): 114 X 71
Tipo de Saída: () Alta () Internação () Óbito
Oximetria (%): 99 Glicemia (mg/dL):

Classificação de Risco:

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 18/12/2018 09:01

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

paciente vítima de queda de moto (sic), com trauma em MMII no tornozelos e pés , com ferimentos

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

Fevereira em MM II

a dor a dor em MM G

a dor a dor

ver MM I

o tornozelo díz

fale bo te



Luis Glauber Mata Rodrigues
TÉC. DE ENFERMAGEM ORTOPÉDICA
ASSISTENTE N° 1440

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6245

x higienizado

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: PAMELA MARIA ALVES CAR



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
CNPJ: 11.389.692/0001-26
SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
Saúde
NOVO ORIENTE

RECEITUÁRIO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: Gleivanyn Noconibues Guiaclute

END.: _____

CIDADE: _____ SEDE ZONA RURAL

Rx

Uso Oral

1) Profum 100 mg — Olx
Toman Olx cp de 12/12h por 7 DIAS

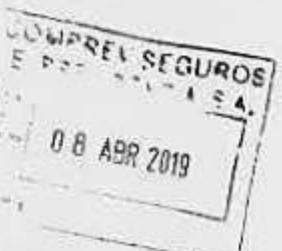
2) Dipinova 1 g ou Paracetamol 750 mg - Olx
Toman Olx cp de 1x6h de 00h

Dra. Bruna Almeida
MÉDICA
CREMEC: 18.516

Carimbo profissional

Data: 18/12/2018

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Rua Dona Joana, S/N - Centro - Novo Oriente - Ceará - CEP: 63740-000
Telefone: (88) 3629.1165 - Email: smsnovooriente2017@gmail.com



Nome do Paciente:

Elmanely Nogueira Gonçalvesuso oral Cefalotina 500 mg x 20

tablets 1 vez ao dia

Oriflex tablet 200 mg x 10

tablets 1 vez ao dia

Reboxtran die

2/11/19 p/

Pade forúrgico D/E

Junior Fernandes
CRM 6038
RADIOTERAPIA18
12
18

Rua Ubaldino Souto Maior, 1052 - São Vicente - CEP: 63.700-000 - Fone: (88) 3691.2019 / 3691.2202 - Crateús - CE





PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
CNPJ: 11.389.692/0001-28
SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
Saúde
NOVO ORIENTE

RECEITUÁRIO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome:

END.:

CIDADE:

SEDE

ZONA RURAL

Gláucio Ladeira Soeiro

Novo Oriente

① Ciprofexam 500
x 100 por 7 dias

② Clavulanicam 200
x 100 800 por 5 dias

③ Atroposfex 100
x 100 por 5 dias

Carimbo profissional

Dra. Rita Valente
CRM-CE 18803

21/05/2019

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Rua Dona Joana, S/N - Centro - Novo Oriente - Ceará - CEP:63740-000
Telefone: (88) 3629.1165 - Email: smnovooriente2017@gmail.com



AVALIAÇÃO MÉDICA

Informações da Vítima

Nome completo: GILCIVANINY RODRIGUES GONÇALVES

CPF E/OU RG: 2000020047293

Endereço completo: R. CAPITÃO RODRIGO - 233

Bairro: CENTRO

Cidade: NOVO ORIENTE - CE

Informações do Acidente

Data do acidente: 17.12.18

08 ABR 2019

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

PACIENTE VÍTIMA DO ACIDENTE DE MOTO COM FRAUZA DOS TORNOSCELOS DIR. E ESO., ALÉM DE ESCORNIAGENS EM M.M. I.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

PACIENTE RECEBEU ANALGÉSICA CLÍNICA, AVULSAÇÃO DO OR

PESSOAL E FICOU COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 80 DIAS

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

PACIENTE APRESENTA DEFORMAÇÃO CAVO EM TORNOCO ESO., ALÉM DE DOR, EDema E LIMITAÇÃO DO MOUVIMENTO NO MÉDIO OSFORÇOS

Segundo o previsto no inciso II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, procedo a correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

Segmento Anatômico:

1ª Lesão: Região corpo (sequela): FRAUZA DO TORNOCO ESO.

Marque o percentual: 10% residual 25% leve 50% médio 75% intensa 100% completa

2ª Lesão: Região corpo (sequela): FRAUZA DO TORNOCO DIR.

Marque o percentual: 10% residual 25% leve 50% médio 75% intensa 100% completa

3ª Lesão: Região corpo (sequela): _____

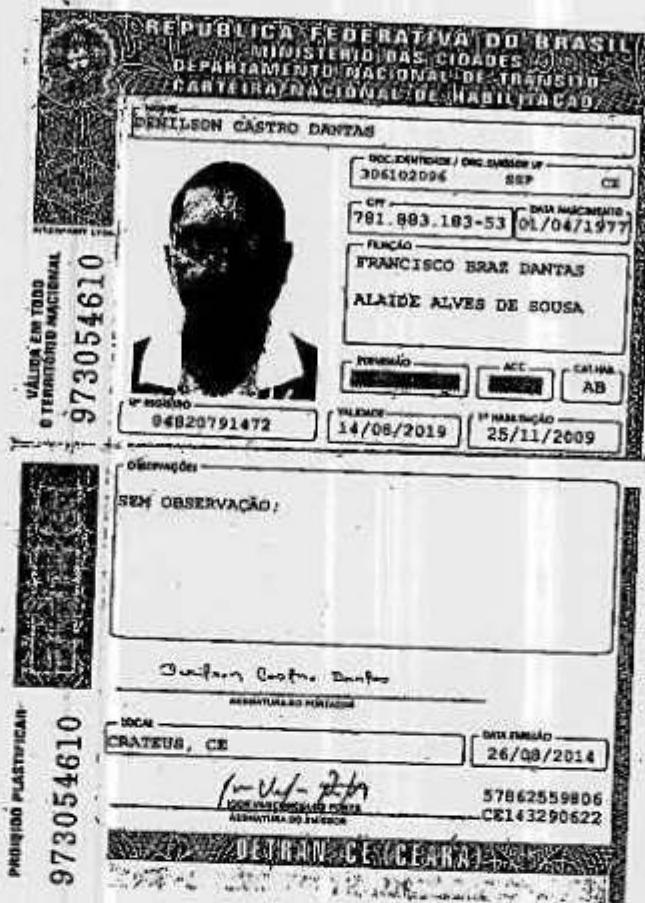
Marque o percentual: 10% residual 25% leve 50% médio 75% intensa 100% completa

Local e data da realização da avaliação médica

29.03.19., NOVO ORIENTE - CE

+ Klecielis Rodrigues Gonçalves

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMEC 19150



REI SEGUROS
08 ABR 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE N° 7166427168
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA EDIL	CÓD. RENAVAM 01 793932602	RNTRC 0000000000	EXERCÍCIO 2007
NOME/ENDERECO LUIZ GONCALVES NETO R CAP RODRIGUES 00211 ***** CENTRO 63.740-000 NOVO ORIENTE - CE			
CPF/CGC 06767974315		PLACA HYG4220	
PLACA ANT/UF *****/CE		CHASSI 9C2JC30102R226642	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NÃO APLIC		COMBUSTÍVEL GASOLINA	
MARA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS		ANO FAB. 2002	ANO MOD. 2002
CAP/POT/OL 2P/12CV/124CC		CATEGORIA PARTIC	
COTA UNICA *****,**		VENC. COTA UNICA **/**/*	
FAIXA IPVA ** *		PARCELAMENTO/COTAS *****,**	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOP (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$) *****
OBSERVAÇÕES ***** ***** *****			
LOCAL DE ATUAÇÃO PEP NOVO ORIENTE		DATA 05/06/2008	
EXPEDTOR			

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

CE N° 7166427168 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDERECO
LUIZ GONCALVES NETO
R CAP RODRIGUES 00211
***** CENTRO
63.740-000 NOVO ORIENTE - CE

CPF/CGC
06767974315 PLACA
HYG4220

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

CE N° 7166427168

EXERCÍCIO 2007	DATA EMISSÃO 05/06/2008		
NOME/ENDERECO LUIZ GONCALVES NETO R CAP RODRIGUES 00211 ***** CENTRO 63.740-000 NOVO ORIENTE - CE			
VIA 01	CPF/CGC 06767974315		
PLACA HYG4220			
CÓD. RENAVAM 793932602		MARA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS	
ANO FAB. 2002	CHASSI 9C2JC30102R226642		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOP (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)

INTERIOR

LOTE/DOC: 55672/44

MOTOR: JC30E12226642

08 APR 2019

08 APR 2019

08 APR 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190266185 **Cidade:** Novo Oriente **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.
GONCALVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/04/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO E ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (PÁG 6) 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.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E

QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190266185**

Nome do(a) Examinado(a): **GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES**

Endereço do(a) Examinado(a): **R CAP RODRIGO, 211, , 63.740-000, CENTRO, Novo Oriente/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP CE / 2000020046783**

Data e local do acidente: **17/12/2018 - Novo Oriente/CE**

Data e local do exame: **06/06/2019 - Sobral/CE** Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do maléolo lateral bilateral.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Quadro clínico atual que demonstra evolução, após a realização de tratamento medicamentoso, conservador para o tornozelo direito e cirúrgico para o tornozelo esquerdo. Conforme apurado através do exame físico e considerando que resta claro que as lesões se encontram consolidadas, seja através das informações prestadas ou pela avaliação da vítima, tem-se que as lesões diagnosticadas na fase aguda geraram sequelas permanentes no tornozelo bilateral,

III. D escreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 20°, flexão plantar aos 35°, ausência de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo esquerdo. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 40°, ausência de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexiste. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica) **Sim**

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Perda parcial e incompleta do tornozelo esquerdo, devido à redução da mobilidade e força. Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, devido à redução da mobilidade e força.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*) () "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Tornozelo Esquerdo - Leve - 25%

Tornozelo Direito - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Dr. Gisele Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e calígramo do médico



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120391/19

Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

CPF: 004.258.303-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/12/2018

Titular do CPF: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DENILSON CASTRO DANTAS : 781.883.183-53

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

GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES : 004.258.303-90

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: 08/04/2019
Nome: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES
CPF: 004.258.303-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2019
Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA
CPF: 048.755.333-06

GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120391/19

Número do Sinistro: 3190266185

Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

CPF: 004.258.303-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/12/2018

Titular do CPF: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES : 004.258.303-90

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: 02/05/2019
Nome: DENILSON CASTRO DANTAS
CPF: 781.883.183-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

DENILSON CASTRO DANTAS

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120391/19

Número do Sinistro: 3190266185

Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

CPF: 004.258.303-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/12/2018

Titular do CPF: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES : 004.258.303-90

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: 23/05/2019
Nome: DENILSON CASTRO DANTAS
CPF: 781.883.183-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

DENILSON CASTRO DANTAS

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190266185 **Cidade:** Novo Oriente **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do maléolo lateral bilateral.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 20°, flexão plantar aos 35°, ausência de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo esquerdo. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 40°, ausência de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistentes. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do maléolo lateral bilateral, conforme documentos de pronto atendimento datados em 17/12/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador para o tornozelo direito e cirúrgico para o tornozelo esquerdo. Após os aludidos tratamentos, foi identificado o quadro pós-traumático com melhora do seu quadro inicial. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do tornozelo bilateral.

Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do tornozelo esquerdo, em grau leve, devido à redução da mobilidade e força. Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, em grau leve, devido à redução da mobilidade e força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190266185 **Cidade:** Novo Oriente **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.
GONCALVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO E ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (@ PÁG 6) 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.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME:	GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES		
NACIONALIDADE:	Brasileira		
ESTADO CIVIL:	Casado	PROFISSÃO:	Professor
RG Nº:	2000020046783-SSP-CE.	CPF Nº:	004.258.303-90
ENDEREÇO:	Rua Capitão Rodrigo, nº 211	BAIRRO:	Centro
CIDADE:	Novo Oriente	ESTADO:	Ceará
CEP:	63.740-000	CELULAR:	(88) 996232760

OUTORGADO:

NOME:	DENILSON CASTRO DANTAS		
NACIONALIDADE:	Brasileira		
ESTADO CIVIL:	Solteiro	PROFISSÃO:	Func. Público
RG Nº:	306102096-SSP-CE	CPF Nº:	781.883.183-53
ENDEREÇO:	Rua Pedro Carvalhedo, nº 366	BAIRRO:	Centro
CIDADE:	Novo Oriente	ESTADO:	Ceará
CEP:	63.740-000	CELULAR:	(88) 996232760

PODERES:

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, de natureza **INVALIDEZ** que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) **GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES**, ocorrido em **17/12/2018**, 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.

Novo Oriente/CE, 28 de março de 2019.


Outorgante: GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES
CPF nº 004.258.303-90

Reconheço (POR AUTENCIADA) ■ Firma da: GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES. DOU FE. NOVO ORIENTE-CE
28/03/2019.

MARIA DO SOCORRO R. SAMPAIO ALVES

Selo de fiscalização CN388126

ISS: 00 / IT: 00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120391/19

Número do Sinistro: 3190266185

Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

CPF: 004.258.303-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/12/2018

Titular do CPF: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES : 004.258.303-90

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: 02/05/2019
Nome: DENILSON CASTRO DANTAS
CPF: 781.883.183-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

DENILSON CASTRO DANTAS

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120391/19

Número do Sinistro: 3190266185

Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

CPF: 004.258.303-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/12/2018

Titular do CPF: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES : 004.258.303-90

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: 23/05/2019
Nome: DENILSON CASTRO DANTAS
CPF: 781.883.183-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

DENILSON CASTRO DANTAS

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120391/19

Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

CPF: 004.258.303-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/12/2018

Titular do CPF: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DENILSON CASTRO DANTAS : 781.883.183-53

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

GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES : 004.258.303-90

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: 08/04/2019
Nome: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES
CPF: 004.258.303-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2019
Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA
CPF: 048.755.333-06

GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA