
Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044826

Vítima: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

Data do Acidente: 27/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MATEUS SIQUEIRA SILVERIO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

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

Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044826

Vítima: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

Data do Acidente: 27/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MATEUS SIQUEIRA SILVERIO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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:
	039.373.023 -88	Rafael Evangelista dos Reis
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Rafael Evangelista dos Reis		039.373.023 -88
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:
Agricultor	Estrada Bananeiras	35
Bairro:	Cidade:	Estado: CEP:
St. Cacimbar	Mombaca	CE 63060-000
E-mail:	Tel. (DDD):	
mateus-myqueyna@hotmail.com	(88) 999283399	

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPEANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: Banco do Nordeste AGÊNCIA: 0013 CONTA: 00021144 7

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Cidade do domicílio da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Tamoá/CE, 30, Dezembro de 2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Rafael Evangelista dos Reis

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Mateus Myqueyna Milhênis

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

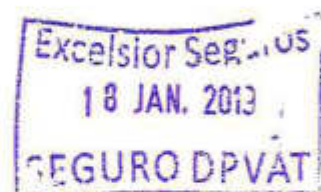
CPF: _____

Assinatura

Assinatura

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

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



BANCO DO NORDESTE
EXTRATO P/SIMPLES VERIFICACAO
CONTA CORRENTE
EMITIDO EM : 14/12/2018 AS 11:30:36
CONTA CORRENTE: AGENCIA 00113 CONTA 000021144-7
CLIENTE: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS
SALDO ANTERIOR 0.00
SALDO 0.00
SALDO TOTAL DA CONTA 0.00
DISPONIVEL PARCIAL 0.00
POUPANCA CORRENTE 0.00
BLOQUEADO 0.00
FUNDO INVESTIMENTO
COM RESGATE AUTOMATICO
SALDO LIQUIDO 0.00
SEM RESGATE AUTOMATICO
SALDO LIQUIDO 0.00
CPMF A COBRAR 0.00
SALDO DISPONIVEL TOTAL 0.00
DATA DA ABERTURA DA CONTA 18/01/2016
DATA DO ULTIMO MOVIMENTO 25/01/2016
FAMILIA. QUEM VOCE AMA PODE SALVAR VIDAS. PARA
SER DOADOR DE ORGaos, LEMBRE-SE DE AVISAR SUA
FAMILIA

BANCO DO NORDESTE: CLIENTE CONSULTA E
OUBDORIA 0800 728 3030 - WWW.BNB.GOV.BR

0055-0059-18.16.12-1-1-90-2102

Excelsior Seguros
18 JAN. 2013
SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TAUA



Impressão nº 2018238898

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 3078 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **20/11/2018 10:53:28**
Data / Hora da Ocorrência: **27/09/2018 17:24:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DE TERRA**
Complemento:
Bairro: Município: **TAUA/CE**
Ponto de Referência: **SITIO LAGOA DO EUFRASINO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS**
Nascimento: **08/01/1989** CPF:
RG: **2006029295246** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **ANTONIA EVANGELISTA DOS REIS**
LUIZ DOS REIS DA SILVA
Endereço: **SITIO BANANEIRAS**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **MOMBACA/CE**
País: **BRASIL**

UF:

Excelsior Seg. - 105
18 JAN. 2013
CEP: **REGUROPVAT**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMV7142** Uf: **CE** Município: **TAUA** Chassi:
9C2KD0810GR437438 Renavam: **1082127687** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIO MOREIRA DA SILVA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando era transportado como garapeiro de uma motocicleta acima caracterizada, tendo o condutor Antonio Moreira da Silva, que colidiu com outra motocicleta que vinha no sentido contrario, caindo ao chão e sofrendo fratura em pé esquerdo + glsagou 15 .Acrescenta que foi socorrido por seu primo Marcio para o Hospital desta cidade e não teve ajuda do SAMU, CORPO DE BOMBEIROS OU ANJO DO ASFALTO e que indicou como testemunhas do acidente as pessoas de Francisca Araújo Rodrigues e João Paulo de Lima .E nada mais disse. As informações ora prestadas são de inteira responsabilidade do noticiante Obs.: o(a) noticiante ficou ciente das penalidades do artigo 299, do C.P.B.

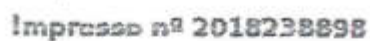
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSÉ MONTEIRO ARRAIS JÚNIOR - MAT.: 198230-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Rafael Evangelista dos Reis



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 3078 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

DANILO TAVORA DA FONSECA - MAT.: 30113918

+ Rorival Evangelista dos Reis

TESTIMONIALS

x João Paulo de Lima

✓ Francisca Araújo Rodrigues

Excelsior Seguros
18 JAN. 2013
SEGURO DPVAT

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: 039.373.023 -88 Nome completo da vítima: Rafael Evangelista dos Reis
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Rafael Evangelista dos Reis CNP: 039.373.023-88
Profissão: Agricultor Endereço: Estrada Bananeiras Número: 35 Complemento: _____
Bairro: St. Cacimbaras Cidade: Mombaca Estado: CE CEP: 63060-000
E-mail: mateus_msyqueyna@hotmail.com Tel. (DDD): (88) 999283399

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

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

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

☐ CONTA POUPEANÇA (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: Banco do Nordeste

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

AGÊNCIA: 0013 CONTA: 00021144 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Tauá/CE, 19, Dezembro de 2018
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: Excelsior Seguros
18 JAN. 2013
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: SEGURO DPVAT

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Rafael Evangelista dos Reis
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Mateus Syqueyna Ribeiro
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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.

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 089180	Atendimento 0001	Nome do Paciente RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS	CNS 700001139610907	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006029295246	Data de Nascimento 08/01/1989	Local TAUA/CE	Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Pai LUIZ DOS REIS DA SILVA	Mãe ANTONIA EVANGELISTA DOS REIS	Idade 29 Ano(s)	UF CE	Telefone
Endereço VILA LAGOA DO EUFRAZINO, SN	Bairro INHAMUNS	CEP 63660-000	Município TAUA	
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge		
Responsável MARCIO REIS DA SILVA	CPF do Responsável	Endereço VILA LAGOA DO EUFRAZINO, SN	Município TAUA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 27/09/2018	Hora 17:24	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento	Nº Conselho	Tipo Atendimento	Funcionário MAURICIO RODRIGUES GONÇALVES	
Indicador de Acidente				
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
				R (mpm)
				PA (mmHg)
				Oximetria (%)
				Glicemia (mg/dL)

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

Lesão no tornozelo - contusão. Sem alteração de exames no LMP

NA no Tórax
3 no Ventrículo do Tórax

C no

D no pleurogênico

Respiração normal

E - hant contusão com - contusão
nos E
P - E

CONFERE COM
O ORIGINAL

Sucesso R x Tórax E
R x Tórax E

60.975.727-0000

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

Hospital Dr. Alberto Feitosá Lima
CER. 01600-000

Excelsior Seguros
18 JAN. 2013
SEGURO DPVAT

1) Vultura de sup / m

Fratura 4ª e 5ª metatarsos (E)

- TTD comum
- Tala beta

José Ayres Pedreira Júnior
Ortopedia / Traumatologia
CRM 12.165 TEOT 11.977

Marcio Reis da Silva
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARCIO REIS DA SILVA

Carimbo e Assinatura do Médico

Ass. Carlos Rodrigues
Téc. Enfermagem
CORENCE 762.061

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/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 Mateus Siqueira Silveiro inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.274.703 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rafael Evangelista dos Reis inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.371.023 / 88, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rafael Evangelista dos Reis, inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.371.023 / 88, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: Recurso informal e apresento os documentos comprobatórios: CPF e RG

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Venerando Alexandrino</u>		Número <u>38</u>	Complemento <u>—</u>
Bairro <u>Vila Satoy</u>	Cidade <u>Tauá</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63660-000</u>
Email <u>mateus-siqueira@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>88 99928-3399</u>	Telefone celular (DDD) <u>—</u>

Tauá/CE, 19 de Dezembro de 2018
Local e Data



Mateus Siqueira Silveiro
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTÔNIO MOREIRA DA SILVA,
RG nº 194447-81, data de expedição 23/03/98,
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 268.025.463-53, com
domicílio na cidade de TAUA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LABOA DO EUPRAZINO, S/N, ZONA RURAL, nº _____,
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS, cujo o condutor era
ANTÔNIO MOREIRA DA SILVA.

Veículo: HONDA / NXR 160 BROS ESDD

Modelo: NXR 160

Ano: 2016/2016

Placa: PMV 7142

Chassi: 9C2KD08106R437438

Data do Acidente: 27.09.2018

Local e Data: TAUA/CE 20.11.2018

Antônio Moreira da Silva

Assinatura do Declarante

Excelsior Seguros
18 JAN. 2013
SEGURO DPVAT

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



Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de

Antônio Moreira da Silva

Doc. fé. Taus-CE 20 NOV 2018

Em testemunho _____ da verdade

Maria IRALDA L de Mello - Escrivã
ANNA CAROLINE A. S. M. Parente-Substituta
LUIZA DIVINA F. Parente-Substituta
ANA CLAUDIA F. Parente-Substituta
MONYQUE ARAUJO D. de Sousa-Substituta

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE Nº 014141162953
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VA ODO RENAVAM INALTRO EXERCICIO
PPT 01 1082127687 0000000000 2018

ANTONIO MOREIRA DA SILVA
TALA
/CE

26802546353
/CE 9C2KD0810GR437438
PMV7142/CE

ESPECIE TIPO FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.
MARCA/MODELO HONDA/NXR160 EROS ESDD
CATEGORIA 2016
COR PREDOMINANTE PRETA
CAP / POT / OIL 2F/0CV/162CC
PARTIC

COTA UNICA
VENO COTA UNICA
VENO COTAS
1*
2*
3*

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000
IDF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

OBSERVAÇÕES

TAUA
LOCAL
DATA 12/07/2018

Ygor Pontes
Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 014141162953 BILHETE DE SEGURO DPVAT

26802546353

PMV7142/CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014141162953

14150856961

Exercício DATA EMISSÃO
2018 12/07/2018

VA 01 26802546353
RENAVAM 1082127687
MARCA/MODELO HONDA/NXR160 EROS ES
ANO FAB 2016
COTAS 1
PART 9C2KD0810GR437438

PRÊMIO TARIFÁRIO

RIS (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IDF (R\$)

TOTAL EM MOEDA LEGÍTIMA (R\$)

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITACÃO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.609/0001-04

MOTOR: KDO8E1B437400

03495

Relator Seguros
18 JAN. 2013
SEGURO DPVAT

014141162953
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.



ASSINATURA

03495
PMV7142
COD. RENAVAM
1082127687
193055 03495

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 089180	Atendimento 0001	Nome do Paciente RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS	CNS 700001139610907	Guia de Autorização
Documento(s)	Identidade: 2006029295246	Local TAUA/CE	Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 08/01/1989	Endereço VILA LAGOA DO EUFRAZINO, SN	Bairro INHAMUNS	CEP 63660-000	Município TAUA
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge	UF CE	Telefone
Responsável MARCIO REIS DA SILVA	CPF do Responsável	Endereço VILA LAGOA DO EUFRAZINO, SN	Município TAUA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 27/09/2018	Hora 17:24	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento	Nº Conselho	Tipo Atendimento	Indicador de Acidente	Observação
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)

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

Lesão no tornozelo - contusão. Sem alteração de exames no LMP

NO - Tórax
3 - Ventrículo distendido

Suave R+T+P+R
R+T+P+R

C -
D - pleural 15
Respiração normal

CONFERE COM
O ORIGINAL

R - h+e contusão com - colateral
m+e
R -

60.975.72
SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA
CER. 63660-000

Excelsior Seguros
18 JAN. 2013
SEGURO DPVAT

Retorno
Sintoma
VRS

1 Voltar ao exp/im

Fratura 4ª 5ª Metatarsos (E)

Dr. Wellesley Lopes Coelho
CRM: 10812

- TTD
- Tala beta


José Ayres Pedreira Júnior
Ortopedia / Traumatologia
CRM 12.165 TEOT 11.977

Marcio Reis da Silva
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARCIO REIS DA SILVA

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Carlos Rodrigues
TEC. ENFERMAGEM
CORENCE 762.051

Hospital Dr. Alberto
Feitosa Lima

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

www.saocamilotaua.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Rafael Evangelista de Jesus

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins
que o Sr. paciente apresenta
lesão L1/L5 S92 Fratura
4^a e 5^a Metatarsos (E) após re
trabalho bruto por 60 dias

TAUÁ, 27 de 09 de 2010

ASSINATURA E CRM

> Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima
Rua Abigail Cidrão de Oliveira, 213
Planalto dos Colibris
63660-000 Tauá CE
Tel 88 3437-4299

José Ayres Redondo
Ortopedia / Traumatologia
CRM 12.195 TEOT 11.977

Excelsior Seguros
18 JAN. 2013
SEGURO DPVAT



Excelsior Seguros
18 JAN. 2013
SEGURO DPVAT



Excelsior Seguros
18 JAN. 2013
SEGURO DPVAT

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

Módulo Raquelina Silvério

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007157443-8 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/12/2018

NOME MATEUS SIQUEIRA SILVÉRIO

FILIAÇÃO LUIZ TELMEIRA SILVÉRIO

MARIA DO SOCORRO SIQUEIRA SILVÉRIO

NATURALIDADE TAUA - CE DATA DE NASCIMENTO 29/04/1993

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 294 FOLHA: 74 LIVRO: A

ESPEC. TAUA - CE

CPF 048.274.703-08

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/03

Requerente: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

NB: 625.566.454-0

Sexo: Masculino

Nasc.: 08/01/1989

Nº Requer.: 192824932

Est. Civil:

RG.: 06029295246

Emissão.:

Data Exame: 29/11/2018

Ocupação:

Ordem: 1.00

Benefício:

AUXILIO-DOENÇA PREVIDENCIARIO

História:

AGRICULTOR, SIC. INFORMA QUE SOFREU ACIDENTE DE MOTO EM 27/09/2018, COM FRATURA ESQ. NÃO TROUXERX; ATESTADO MÉDICO DODR JOSÉ AYRES, CRM 12105, DE 27/09/2018, COM CID S92, SOLICITA 60 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Início da Doença: 27/09/2018

Cessaçã do Benefício: 31/12/2018

Início da Incapacidade: 27/09/2018

CID: S92

Considerações:

EM TTO DE FRATURA, INCAPAZ PARA O TRABALHO

Exame Físico:

LEVE INCHAÇO EM PÉ E CLAUDICAÇÃO.

Excelisior Seguros
18 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

Ac. do Trabalho: NÃO **Encam. à Reab. Profissional:** NÃO

Espécie de Nexo:

Isenção de Carência: SIM

Auxílio Acidente: NÃO **Sug. de Apos. por Invalidez:** NÃO

Vistoria Técnica:

Resultado: Existe incapacidade laborativa.

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

CPF da Vítima

039.371.023-88

Data do Acidente

27/09/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Excelsior Seguros
18 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

Tavares, 19 de Dezembro de 2018.
Local e Data

Mateus Migueira Milhões

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044826 **Cidade:** Tauá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS **Data do acidente:** 27/09/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º e 5º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

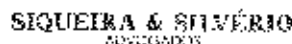
Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



DR. MARCOS SIQUEIRA SILVERIO
ADVOGADO - OAB/CE 17.814

PROCURAÇÃO

OUTORGANTES: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS, brasileiro, natural de Mombaca/CE, agricultor, convivente, portador (a) do RG nº 2006029295246 e inscrito (a) no CPF sob o nº 039.371.023-88, residente e domiciliado no Sítio Bananeiras, nº15, Distrito de Cacimbas, zona rural de Mombaca/CE, CEP 63610-000.

OUTORGADOS: MARCOS SIQUEIRA SILVÉRIO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE 37.835 e MATEUS SIQUEIRA SILVÉRIO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE 39.687, ambos com endereço profissional na Rua Venerano Alexandrino, N°38, Bairro Vila Jatai, Tauá/CE, CEP 63660-000, onde deverá receber as notificações e demais atos/comunicações pertinentes ao feito, conforme o art. 105, § 2º, do CPC.

PODERES: O(A) outorgante concede poderes para que os procuradores o represente junto a seguradoras e aonde se faça necessário, com a finalidade de requerer o seguro DPVAT da cobertura **INVALIDEZ PERMANENTE**, em face de acidente automobilístico do qual foi vítima o Outorgante no dia 27/09/2018; podendo dar entrada no processo de sinistro para o recebimento da indenização e/ou reembolso das despesas, acompanhando-o em todo o seu transcorrer; requerer o que preciso for; assinar requerimentos, declaração de herdeiros, declaração da ausência de laudo do IML e, especialmente, para o preenchimento e assinatura do formulário de pedido de seguro DPVAT; interpor recurso a instâncias superiores; apresentar documentos necessários, produzir provas, justificações; transigir; receber e endossar cheques das quantias recebidas; dar recibo e quitação; sacar em quaisquer agências bancárias; acaso necessário, constituir os outorgados como seus advogados, integrantes da Cláusula AD JUDITIA, ao qual irão praticar todos os atos indispensáveis ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Tauá/CE, 28 de Março de 2019.

RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

88 99928.3399 | 88 99607.90439 | marcosssilverio.adv@gmail.com

Rua Venerando Alexandrino, nº 33 - Vila Itaiá - Tauá/CE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022096/19

Número do Sinistro: 3190044826

Vítima: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

CPF: 039.371.023-88

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 27/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

MATEUS SIQUEIRA SILVERIO : 048.274.703-08

Procuração

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/05/2019
Nome: MATEUS SIQUEIRA SILVERIO
CPF: 048.274.703-08

MATEUS SIQUEIRA SILVERIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2019
Nome: FRANCISCO COELHO DO NASCIMENTO
CPF: 392.335.963-20

FRANCISCO COELHO DO NASCIMENTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022096/19

Vítima: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

CPF: 039.371.023-88

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 27/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL EVANGELISTA
DOS REIS

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
Outros

MATEUS SIQUEIRA SILVERIO : 048.274.703-08

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

RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS : 039.371.023-88

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: 18/01/2019
Nome: MATEUS SIQUEIRA SILVERIO
CPF: 048.274.703-08

MATEUS SIQUEIRA SILVERIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2019
Nome: FRANCISCO COELHO DO NASCIMENTO
CPF: 392.335.963-20

FRANCISCO COELHO DO NASCIMENTO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044826 **Cidade:** Tauá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS **Data do acidente:** 27/09/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º e 5º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00