

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, 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



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

Rio de Janeiro, 23 de 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:

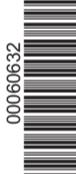
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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			
Profissão:	Endereço:		CEP:
Agricultor	Sítio Bananeiras		039.373.023 -88
Bairro:	Cidade:	Estado:	Número: 35 Complemento: —
55 Cacimbas	Mombaca	CE	63060000
E-mail:	Tel. (DDD): 188 999283399		
mateus_rigueira@hotmail.com			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA 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 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 Nordeste

AGÊNCIA: CONTA: 7
 (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

Entendo, devo, em penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins da requisição da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da morte da vítima:

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

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

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

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Excelsior Seguros
 18 JAN. 2013
 Assinatura
SEGURO DPVAT

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina o ROGO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Mateus Rigueira Ribeiro

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 cl檌cia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Excelsior Seguros
18 JAN. 2013
SEGURÓ DPVAT

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 ORGÃOS, LEMBRE-SE DE AVISAR SUA FAMILIA

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

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





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



Impresso nº 2018238298

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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: TAUÁ/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 UF:
Filiação: ANTONIA EVANGELISTA DOS REIS
LUIZ DOS REIS DA SILVA
Endereço: SITIO BANANEIRAS
Bairro: ZONA RURAL
Município: MOMBACA/CE
País: BRASIL Telefone:

Excelsior Seguro DPVAT
18 JAN. 2013
CEP: 55000-000

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PMV7142 UF: CE Município: TAUÁ 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 garupeiro de uma motocicleta acima caracterizada, tendo o condutor Antonio Moreira da Silva, que colidiu com outra motocicleta que vinha no sentido contrário, caindo ao chão e sofrendo fratura em pé esquerdo + glasgow 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 TAUÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSÉ MONTEIRO ARRAIS JUNIOR - MAT.: 196230-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Rafael Evangelista dos Reis*



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



Impresso nº 2018238898

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 558 - 3078 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
DANILO TAVORA DA FONSECA - MAT.: 30113918

+ Rosal Evangelista dos Reis

TESTIMONIAL

X Jairzinho de Lima

✓ Francisca Araújo Rodrigues



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

DADOS CADASTRAIS

Profissão: Agricultor	Endereço: Sítio Bananeiras	CPF: 039.373.023 -88
Bairro: BZ Cacimbras	Cidade: Mombasa	Número: 35
E-mail: mateus_migueyna@hotmail.com		Complemento: —
	Estado: CE	CEP: 63060000
		Tel.(DDD): (88) 999283399

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

RENDIMENTO:

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

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

CONTA POUPO-PAÇA (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: CONTA: 7
 (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 os termos da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ja Div.) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

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

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Excelsior Seguros
 CPF: 18 JAN. 2013

Assinatura **SEGURADO DPVAT**
 2º | Nome:
 CPF:

(* Assinatura de quem assina A ROGO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (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.

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

Impressão: 27/09/2018 17:24

Página: 1

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

Prontuário: 089180 Atendimento: 0001 Nome do Paciente: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS
Documento(s): Identidade: 2006029295246
Data de Nascimento: 08/01/1989 Local: TAUÁ/CE
Pai: LUIZ DOS REIS DA SILVA

Endereço: VILA LAGOA DO EUFRASINO, SN
Profissão: AGRICULTOR
Responsável: MARCIO REIS DA SILVA

DADOS DO PACIENTE

CNS: 700001139610907 Guia de Autorização
Estado Civil: Casado(a) Sexo: Masculino
Idade: 29 Ano(s)

Mãe: ANTONIA EVANGELISTA DOS REIS
Bairro: INHAMUNS CEP: 63660-000 Município: TAUÁ

UF: CE Telefone:

Cônjugue:

CPF do Responsável: Endereço: VILA LAGOA DO EUFRASINO, SN
Município: TAUÁ

UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 27/09/2018 Hora: 17:24 Convênio: SUS Matrícula: CID:

Nº Conselho: Tipo Atendimento:

Indicador de Acidente:

Observação:

Sala:

Sinais Vitais	Data/Hora Liberação	ás	hs.	Type de Saída		
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)

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

Colisão moto - esquerda. Seu motociclo se chocou no lado

pés na Perna

B ~ Vientre dorsofôlio

Sens Rx Perna E

C ~

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Rx Tornozeleira

D ~ dorzenas

Resultados normais

fraca

00.975.999.999.999

800.000.000.000.000

800.000.000.000.000

Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima

CEP: 63660-000

E ~ dor constante esquerda - coluna
mão E
Pé E

aut

Excellior Seg. US

18 JAN. 2013

SEGURO DPVAT

Reteveus

VRS

① Vertebral esq. W

18/05

Fratura 4-5 = Metatarsos (E)

- TTO curvo

José Ayres Pedreira Júnior
Ortopedia / Traumatologia
CRM 12.165 TEOT 11.977

- Talo bala

morel Rio da Sidra
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARCIO REIS DA SILVA

Carimbo e Assinatura do Médico

DC: Wellerson Coelho Carvalho
CRM: 10612
Medicina

Aze Carvalho Rodrigues
Tec. Enfermagem
CRM/CE 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Mateus Miqueira Silvério 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 Invalidade 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 informar 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	Número	Complemento	
<u>Rua Venerano Alexandre</u>	<u>38</u>	<u>—</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Vila Jatay</u>	<u>Tauá</u>	<u>CE</u>	<u>63660-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>mateus_miqueira@hotmail.com</u>	<u>8899928-3399</u>	<u>—</u>	

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

Excelsior Seguros

18 JAN. 2013

SEGURO DPVAT

Mateus Miqueira Silvério

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 TAUÁ, no Estado de
CEARA', onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LAROA DO EUFRASINO, 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: 9C2KD 08106R437438

Data do Acidente: 27.09.2018

Locial e Data: TAUÁ/CE 20.11.2018

Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

Excelsior Seguros
18 JAN. 2013
SEGURO DPVAT

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETTRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

Nº 014141162953
VH 01 1082127687
CÓD. RENAVAM 000000000
ITATRG. 2018
EXERCÍCIO

ANTONIO MOREIRA DA SILVA

TAUÁ
OPF / CHASSI
26802546353
PLACA ANT / UF / CÉ
9C2KDO0E10GR437439
CHASSI

ESPECIE / TIPO
FAB / MOTOCICLETA / NÃO APLIC.
MARCA / MODELO
HONDA / NXR160 EROS ESDD
CATEGORIA
2P / PCV / 16CC
PARTIC
COTA ÚNICA / VENC. COTA ÚNICA
P / FAIXA / PVA / CANCELAMENTO / COTAS
V / *****
A / *****
PRÉMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000
IOF (R\$) 00/00/0000
PRÉMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000
IOF (R\$) 00/00/0000
CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000
PAGAMENTO PARCELADO
COTA ÚNICA 00/00/0000
DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

CE Nº 014141162953 BILHETE DE SEGURO DPVAT
SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204
14150056961
26802546353
PRÉMIO TARIFÁRIO
DESENHO (R\$) 00/00/0000
CUSTO DO SEGURO (R\$) 00/00/0000
CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000
PAGAMENTO PARCELADO
COTA ÚNICA 00/00/0000
DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

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

18 JAN. 2013
GURU DPVAT

RECIBO CE Nº 014141162953
RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DATA EMISSÃO 20/07/2018
PLACA PRH7142

DE DE
ASSINATURA

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

03495
PRH7142
CNPJ 06.240.650/0001-04

03495
1082127687
193055-03495

CONTRAN

Lígor Ponte
Supervisionante
de Renda

12/07/2018

MOTOR: KD00E16437400
03495

SEGUARADORA LÍDER - DPVAT

MAR/2018

03495

PRH7142

CNPJ 06.240.650/0001-04

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

Prontuário Atendimento Nome do Paciente
089180 0001 RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS
Documento(s) Identidade: 2006029295246
Data de Nascimento Local
08/01/1989 TAUÁ/CE
Pai LUIZ DOS REIS DA SILVA

Endereço
VILA LAGOA DO EUFRASINO, SN
Profissão
AGRICULTOR
Responsável
MARCIO REIS DA SILVA

CPF do Responsável Empresa

Endereço
VILA LAGOA DO EUFRASINO, SN

DADOS DO PACIENTE

CNS
700001139610907
Estado Civil
Casado(a)
Sexo
Masculino
Idade
29 Ano(s)

UF
CE
Telefone

UF
CE

Mãe
ANTONIA EVANGELISTA DOS REIS
Bairro
INHAMUNS
CEP
63680-000
Município
TAUÁ

Cônjugue

Município
TAUÁ

Data Atendimento Hora Convênio
27/09/2018 17:24 SUS

Profissional do Atendimento

Indicador de Acidente

Observação

Sala

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
-----------	-------------	--------	---------	----------	-----------	---------------	------------------

DADOS DO ATENDIMENTO

Matrícula
CID
Nº Conselho
Tipo Atendimento

Funcionário
MAURICIO RODRIGUES GONÇALVES

Data/Hora Liberação

/ / ás hs.

Tipos de Saída

() Alta

() Internação

() Óbito

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

Induzido moto - esguicho. Seu motore se esquemou no ladrilho

peito Nao é Térmico

B -> Vientre sente dorofótico

C ->

D -> perna 15

Persudas normais

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

*E -> Fazia constante dor - culminou
nos 5 dias*

Pé ->

Sentiu Rx Pé no

Rx Tornozelo

fora

60.975,72

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima

CEP: 63.000-000

tauá

08:05

Excelsior Seguros

18 JAN. 2013

REGURO DPVAT

sentiu

VES

DC Wellesly Lopes Coelho
CRM: 0612
Medicina
Dra. Wellesly Lopes Coelho

18:05

- TTO

- Talo bala

Fracasso 4-5 = Metatarsio

José Ayres Pedreira Júnior

Ortopedia / Traumatologia

CRM 12.185 TEOT 11.977

Carimbo e Assinatura do Médico

Ade Carvalho Rodrigues
TEC. ENFERMEIRO
COREMG 762.051

marci Reis da Silva
Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: MARCIO REIS DA SILVA

Hospital Dr. Alberto
Feitosa Lima
ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

www.saocamilotaua.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Rafael Evangelista de Souza

Medicina

Este é para o paciente
que o Dr. quer sentar na
cama e ir pra Fratim
e, se ilustrar (E) se for
trabalho brasil pra 6000

TAUÁ, 27 de 09 20

ASSINATURA E CRM

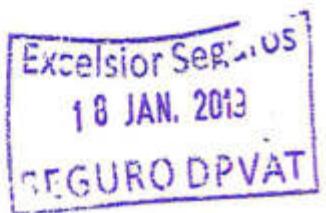
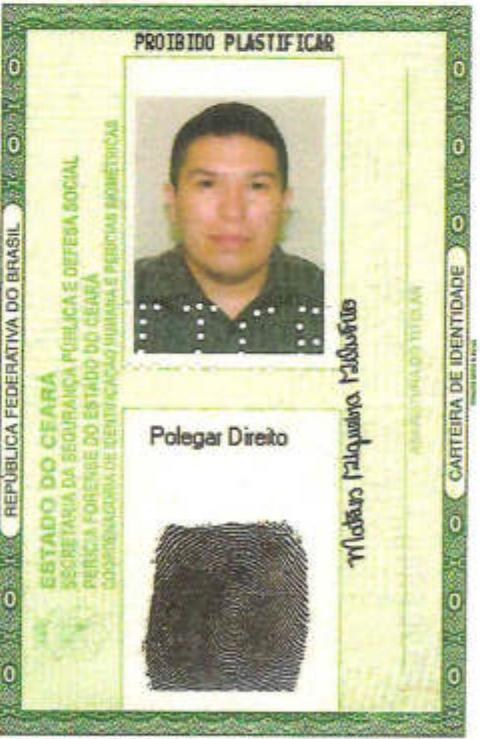
Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima
Rua Abigail Cidrão de Oliveira, 213
Planalto dos Colibris
63660-000 Tauá CE
Tel 88 3437-4299

José Ayres Pedreira
Ortopedista / Traumatologista
CRM 12.185
TEOF 11.971

Excelsior Seguros
18 JAN. 2013

REGISTRO DPVAT





03/12/2018 11:14:16

Requerente: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS	NB: 625.566.454-0
Sexo: Masculino	Nº Requer.: 192824932
Est. Civil:	Emissão.:
Ocupação:	Data Exame: 29/11/2018 Ordem: 1.00

Benefício: AUXILIO-DOENCA 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 Cessação 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.	
	
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 interditada 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 Seg. - US
 18 JAN. 2013
 SEGURO DPVAT

 Itavaí/ce, 59 de Dezembro de 2018.
 Local e Data

Mateus Magreina Milvénio

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 EVIDENÇIA 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 %



SIQUEIRA & SILVÉRIO
ADVOGADOS

DR. MARCOS SIQUEIRA SILVERIO
ADVOGADO - OAB/CE 37.835

Excelsior Seguros
17 MAIO 2019
SEGURÓ DPVAT

PROCURAÇÃO

OUTORGANTES: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS, brasileiro, natural de Mombaça/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 Mombaça/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 Venerando Alexandrino, Nº38, Bairro Vila Jataí, Tauá/CE, CEP 63660-000, onde deverá receber as notificações e demais atos/comunicações pertinentes ao feito, conforme o art. 105, § 2º, do CPC.

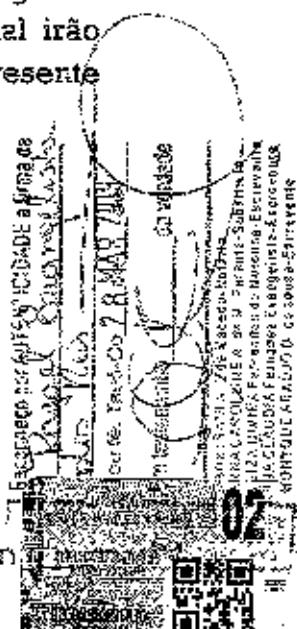
PODERES: O(A) outorgante concede poderes para que os procuradores o represente junto a seguradoras e aonde se faça necessário, com a finalidade de requerer o seguro DPVAT da cobertura **INVALIDEZ PERMANENTE**, em face de acidente automobilístico do qual foi vítima o Outorgante no dia 27/09/2018; podendo 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
RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

as 99928.3399 | as 99607.9043 | marcosssilverio.adv@gmail.com

Rua Venerando Alexandrino, nº 38 - Vila Itajaí - 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/09/2018

Titular do CPF: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/09/2018

Titular do CPF: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

Seguradora: COMPREV 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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MATEUS SIQUEIRA SILVERIO

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 EVIDENÇIA 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 %