

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

---

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200139101**

**Vítima: GUILHERME JONH MELO ANGELIM**

**Data do Acidente: 27/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), GUILHERME JONH MELO ANGELIM**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200139101**      **Vítima: GUILHERME JONH MELO ANGELIM**  
**Data do Acidente: 27/01/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GUILHERME JONH MELO ANGELIM**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **GUILHERME JONH MELO ANGELIM**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **237**

Agência: **000000739-0**

Conta: **000000008074-8**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**972.722.213-72 GUILHERME JONAS MELO ANGELIM**

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: **GUILHERME JONAS MELO ANGELIM** 6 - CPF: **972.722.213-72**  
 7 - Profissão: **ESTUDANTE** 8 - Endereço: **PV COHAB 00 ESTAD 1010** 9 - Número: **14** 10 - Complemento: **CASA**  
 11 - Bairro: **CORONEL JOSE MORAES** 12 - Cidade: **TAMBORIL** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **63.750-000**  
 15 - E-mail: **COLISAO-NORTE.LUCS@NIMAIL.COM** 16 - Tel.(DDD): **(88) 99912-3868**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0739**

CONTA: **0008074**

8

(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.

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

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

MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  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.

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **TAMBORIL-CE, 20 DE FEVEREIRO DE 2020**

**X Guilherme Jonas Melo Angelim**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	972.722.213-72	GUILHERME JOSÉ MELLO ANGELIM

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:			
GUILHERME JOSÉ MELLO ANGELIM		972.722.213-72		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	
ESTUDANTE	PV COHAB 00 ESTADÃO	14	11 CASA	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	
CORONEL JOSÉ MORAES	TAMBORIL	CE	03-350-000	
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): 138) 99912-3868			
COLUNA-NORTE.LUCS@GMAIL.COM				

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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:  BRADESCO

AGÊNCIA:  0139

CONTA:  0008074

8

(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.

## 22 - 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

23 - 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	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:						
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima teve nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TAMBORIL - CC, 20 DE FEVEREIRO DE 2020

X Guilherme José Melo Angelim

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 556 - 95 / 2020

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **19/02/2020 14:19:00**  
Data / Hora da Ocorrência: **27/01/2020 18:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **TAMBORIL/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **GUILHERME JONH MELO ANGELIM**  
Nascimento: **14/09/1982** CPF: **972.722.213-72**  
RG: **2001002324040** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **LISL MELO ANGELIM**  
Endereço: **RUA ESTÁDIO, 14**  
Bairro: **MONTE CASTELO**  
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99413-8182**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PNO4294** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi: **9C2KD0810JR101799** Renavam: **1153830830** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **EMERSON ROARKY SABOIA MONTE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

a vítima qualificada compareceu hoje a esta delegacia e informou que no dia e hora supracitados estava vindo da Areninha conduzindo a moto de um amigo em direção a sua residência; QUE o veículo derrapou numa curva e a vítima caiu ao chão; QUE ao apoiar a mão no chão, quebrou o dedo indicador da mão direita; QUE foi sozinho para o Hospital Municipal de Tamboril, onde foi realizado um Raio X, e posteriormente foi encaminhado para o Hospital de Crateús, onde foi colocado uma tala para imobilizar o dedo; QUE continua com a tala no dedo, e quando tirar iniciará a fisioterapia. E nada mais disse.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do declarante, sendo ao mesmo informado que a comunicação falsa de crime inexistente é punível na forma da lei (Art 339 e 340 do CPB).

TESTEMUNHA JOSE ARTEIRO ARAUJO FARIAS (CPF 600.898.753-54)

QUE é amigo da vítima; QUE estava na Areninha com a vítima e viu quando ela derrapou numa curva, na saída da Areninha; QUE a vítima foi sozinha para o Hospital de Tamboril; QUE não sabe informar nada sobre o tratamento médico. E nada mais disse.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 556 - 95 / 2020

TESTEMUNHA HELTON DEYVYS RODRIGUES GOMES DA SILVA (CPF 600.906.123-70)

QUE é técnico em radiologia do Hospital Regional de Tamboril; QUE no dia e hora supracitados a vítima foi atendida no Hospital de Tamboril; QUE realizou o procedimento de Raio x na vítima e foi constatado uma fratura no segundo dedo da mão direita. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Debora Mendes Amorim Dantas  
DEBORA MENDES AMORIM DANTAS - MAT.: 30126009

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: José Antônio Almeida Tavares

VISTO DO DELEGADO(A) : Luiz Artur de Souza Silva  
LUIZ ARTUR DE SOUZA SILVA - MAT.: 301253-1-2

\* José Antônio Almeida Tavares

\* Helton Deyvys Rodrigues Gomes Da Silva



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Impresso nº 2020149106

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 556 - 95 / 2020

#### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **19/02/2020 14:19:00**  
Data / Hora da Ocorrência: **27/01/2020 18:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **TAMBORIL/CE**  
Ponto de Referência:

#### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GUILHERME JONH MELO ANGELIM**  
Nascimento: **14/09/1982** CPF: **972.722.213-72**  
RG: **2001002324040** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **LISL MELO ANGELIM**  
Endereço: **RUA ESTÁDIO, 14**  
Bairro: **MONTE CASTELO**  
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99413-8182**

#### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNO4294** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi: **9C2KD0810JR101799** Renavam: **1153830830** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **EMERSON ROARKY SABOIA MONTE**  
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

#### Histórico

a vítima qualificada compareceu hoje a esta delegacia e informou que no dia e hora supracitados estava vindo da Areninha conduzindo a moto de um amigo em direção a sua residência; QUE o veículo derrapou numa curva e a vítima caiu ao chão; QUE ao apoiar a mão no chão, quebrou o dedo indicador da mão direita; QUE foi sozinho para o Hospital Municipal de Tamboril, onde foi realizado um Raio X, e posteriormente foi encaminhado para o Hospital de Crateús, onde foi colocado uma tala para imobilizar o dedo; QUE continua com a tala no dedo, e quando tirar iniciará a fisioterapia. E nada mais disse.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do declarante, sendo ao mesmo informado que a comunicação falsa de crime inexistente é punível na forma da lei (Art 339 e 340 do CPB).

TESTEMUNHA JOSE ARTEIRO ARAUJO FARIAS (CPF 600.898.753-54)

QUE é amigo da vítima; QUE estava na Areninha com a vítima e viu quando ela derrapou numa curva, na saída da Areninha; QUE a vítima foi sozinha para o Hospital de Tamboril; QUE não sabe informar nada sobre o tratamento médico. E nada mais disse.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL  
Impresso nº 2020149106



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 556 - 95 / 2020

TESTEMUNHA HELTON DEYVYS RODRIGUES GOMES DA SILVA (CPF 600.906.123-70)

QUE é técnico em radiologia do Hospital Regional de Tamboril; QUE no dia e hora supracitados a vítima foi atendida no Hospital de Tamboril; QUE realizou o procedimento de Raio x na vítima e foi constatado uma fratura no segundo dedo da mão direita. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Debora Mendes Amorim Dantas  
DEBORA MENDES AMORIM DANTAS - MAT.: 30126009

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 7 Brumado Janete Angulam

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIZ ARTUR DE SOUZA SILVA - MAT.: 301253-1-2

✓ Helton Deyvys Rodrigues Gomes Da Silva

ASL-0070458/20  
lidia.cunha.0081  
03/04/2020 16:08:41

ASL-0070458/20  
lidia.cunha.0081  
03/04/2020 16:08:41

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**972.722.213-72 GUILHERME JONAS MELO ANGELIM**

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: **GUILHERME JONAS MELO ANGELIM** 6 - CPF: **972.722.213-72**  
 7 - Profissão: **ESTUDANTE** 8 - Endereço: **PV COHAB 00 ESTAD 1010** 9 - Número: **14** 10 - Complemento: **CASA**  
 11 - Bairro: **CORONEL JOSE MORAES** 12 - Cidade: **TAMBORIL** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **63.750-000**  
 15 - E-mail: **COLISAO-NORTE.LUCS@NINJAMAIL.COM** 16 - Tel.(DDD): **(88) 99912-3868**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR.

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0739** CONTA: **0008074**

(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.

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

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.

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  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.

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **TAMBORIL-CE, 20 DE FEVEREIRO DE 2020**

**X Guilherme Jonás Melo Angelim**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	972.722.213-72	GUILHERME JONAS MCLO ANGELIM

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	GUILHERME JONAS MCLO ANGELIM			6 - CPF:	972.722.213-72
7 - Profissão:	ESTUDANTE	8 - Endereço:	PV COHAB 00 GIAO 010	9 - Número:	14 - CASA
11 - Bairro:	CORONEL JOSÉ MORA	12 - Cidade:	TAMBORIL	13 - Estado:	CE
15 - E-mail:	EDUCAÇÃO-NOTI.LUCS@GMAIL.COM			14 - CEP:	63.750-000
				16 - Tel.(DDD):	(88) 99912-3868

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0139

CONTA: 0008074

AGÊNCIA: 0139

CONTA: 0008074

(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.

## 22 - 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. 39, §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

23 - 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	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velho):	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

TAMBORIL - CE, 20 DE FEVEREIRO DE 2020

X Guilherme Jonás MClo Angelim

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: GUILHERME JONH MELO ANGELIM

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00739-0

CONTA: 00000008074-8

---

Nr. Autenticação

BRADESCO1404202005000000000237007390000000807433750 PAGO

38203988

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

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N° 045035509**

Nota TLO19101 - 3300 Referência 17/2019  
Nome GUILHERME JONH HELO ANGELTH  
Endereço PV CONAB DO ESTÁDIO, 0600, CONJUNTO JOSÉ HORA,  
Classificação 3/50.000, TABORIL  
Modalidade Tarifária Residencial, tgl. Pleno  
Ligação Horofastico Emissão 18/12/2019  
ÁREA RESERVADA AO FISCO Medidor 2156445-FAF-170

**ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)****DATAS DE LEITURA**

Anterior	Atual	Próxima prevista
15.12.19	15.12.19	05.01.20

**DADOS DA MEDICÃO**

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Conet.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Inc. (kWh)	Consumo Faz. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
H	15.12.19	15.12.19	1,00	129	0	0,255	0,75325	100,40

**DADOS DO FATURAMENTO**

CIP - ILUM PLS PREF MUNIC	TARIFA	VALOR (R\$)
CONSUMO	0,75325	127,30
ADICIONAL BAND. ANARELA	0,01/10	2,89
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,00562	0,95
PARCELAMENTO NORMAL	2,15	15,03

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
IRMS	131,14	27,00	35,41
PIS	131,14	0,49	0,63
COFINS	131,14	2,24	2,93

20/01/2020  
**CONSUMO CONSCIENTE**

EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh) Compense suas emissões  
 pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

65,97 0,00 100

PREVIO AVISO NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA que possue contas(s) em atraso (Ref:2019/11 Valor R\$143,11). A inadimplênciá possivelmente suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172), e o envio aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art 173. Ao todo, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. N° Cliente: 0000038209988.

Periodos: Bond. Tarif.: Vermelha - 28/11 - 30/11 Amarela : 01/12 - 28/12

Se VOCÊ PECHOU DUAS CONTAS MESMO VENDE NO MEU TENHO OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 24X SEM JUROS, PELO 0800-1023210 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODOS DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO

**Anexo II**  
foi criado pela Lei nº 10.438  
de 26 de abril de 2002.

enel

38203988

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº scime sempre que entrar em contato conosco.

**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | IN

Rota Referência

**Nome** TLE149841 - 5390  
SILVIA DIAZ NORINA ANA GABRIELA

**Endereço:** GUILHERMIL, JONAH HILLO, ANGELINI

PV CORAL DO ESTÁDIO, QDEA  
CNPJ 07.383/20-1531-14/00611

**Classificação:** B3 / 541 - 600 . TAHAKI

Modalidade Tarranha B1 RESIDENCIAL

#### Ligações Monofásicas

Referencia 0456

Revised 12/2019

100

600, CONJUNTO 10

#### **REFERENCES**

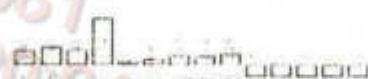
Emissão  
Medidor

Medidor 2156445

**ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)**

DATAS DE LEITURA

**ANTERIOR**      **ACTUAL**      **PROXIMA SEMANA**



DADOS DA MEDIDA

DADOS DA MEDIDA									
Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	
1	12345678901234567890	12345678901234567879	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	0,45	00000000000000000000	

#### DADOS DO EATURAMENTO

DETALHES DO PAGAMENTO	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC		17,55
CONSUMO	0,75346	127,30
ADICIONAL BAND. ABARELA	0,01/10	2,89
ADICIONAL BAND VERIFI HA	0,00562	0,95
PARCELA/MENTO NORMAL	2,15	35,03

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
PIS	151,14	2,00	35,41
PIS	151,14	0,49	0,63
COFINS	151,14	2,74	93,93

20/01/2020 163,72  
**CONSUMO CONSCIENTE** CPF/CNPJ 972.722.213-71  
 EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
 Emitido no ICP-Brasil. Compensado no ICP-Brasil. Consulte a Entidade ICP-Brasil.

**PREVIO AVISO INIFIACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETTRICA Vm e possui contas(s) em aberto (Ref:2019/1 Valor R\$143,11) A inadimplencia possibilita a suspensao do fornecimento de energia (Res ANEEL 414/10 Arts. 171 c/ 172), e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDILHO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderia ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrem a suspensao do fornecimento ou a religacao da UC. Res ANEEL 414/10 Art 173. Ao todo, detalhe do debito para pagamento deve ser feito o pagamento. Fique desconsiderar este aviso. N° Cliente: 000003350939**

Periodos: Sond. Tumb.: Venezuela - 28/11 - 30/11 Anorelo :

SE VOLTE P/ FICHEIRO DUAS LINHAS MIM SÓ VENHO NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 12X SEM JUROS, PELO CELULAR 0800 123456 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODOS DIFERENTES. PEDIDOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.



## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº:

Hora: 10:10 DATA: 27/01/2020

Nº SUS: 90460564275624

## 1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Guilherme Antônio Anglim

IDADE: 37

Nº DO DOCUMENTO: 30100324040 ÓRGÃO EMISSOR: SSPCE DATA DE EXPEDIÇÃO: 16/10/2014

C.N.: \_\_\_\_\_ Fis.: \_\_\_\_\_ LIVRO: \_\_\_\_\_ DATA DE EMISSÃO: / / / CARTÓRIO:

NATURALIDADE: Fortaleza PROFISSÃO: Fun. público DATADO NASC.: 19/09/1982

EST. CIVIL: Solteiro SEXO: CM TELEFONE: 96138182 ESCOLARIDADE:

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_

ENDERECO: Rua Adolfo Viana

-FILIAÇÃO: Luis (m) Anglim

2. QUEIXA PRINCIPAL: Pct vitima de acidente automobilístico.

3. HISTÓRIA ATUAL: Pct Rx → Fratura c/ 2º QD.

4. DIAGNÓSTICO:

5. CONDUTA: Rx Dgirano OFTA III + Encambo DI servico 3º.

5. EXAMES SOLICITADOS:

7. P.A. 130x90 mmhg

3. TEMP.:

9. PESO: 85Kg

Dr. Halisson Castelo Branco

Médico

CREMEC 20.374

Assinatura do Médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**TAMBORIL**  
construindo uma nova história

**Prefeitura Municipal de Tamboril**  
Secretaria de Saúde do Município



**SAÚDE**  
MAIS PERTO DE VOCÊ

## RECEITUARIO

PACIENTE: Guillermo Joseph Angelius  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

Aleto

Que paciente foi vítima de acidente automobilístico, com consequente lesão traumática - fracture de 2º grau de ambos os braços (LTD 10 562.6). Foi imposta a eletrocoagulação das feridas.

DATA: 12/03/2020

Breno Milhomens Araújo  
Médico  
CREMEC 19.925

Breno Milhomens Araújo  
Médico  
CRM/CE 19.925

PROFISSIONAL CONSELHO

"Juntos podemos impedir a DENGUE. Evite água parada."

## DECLARAÇÃO DA FISIOTERAPIA



Declaro para os devidos fins, que o(a) paciente  
Guilherme Jork Nilo Angelim, esta comparecendo ao tratamento de fisioterapia, com o diagnóstico de \_\_\_\_\_ O(A) referido(a) paciente comparece ao tratamento no período de Tarde, 05 dias por semana. O tratamento teve início dia 02/03/2020 e seu término esta previsto para 01/04/2020  
OBS: Diagnóstico = Fratura de falange proximal do 2º quirodáctilo "D".

*Mariana Ferreira Alves*  
FISIOTERAPEUTA  
CREFITO: 246383-F

Ass. e carimbo do responsável.



## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº:

Hora: 19:10 DATA: 07/04/2020

Nº SUS: 30460564275624

## 1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Guilherme Antônio Cunha Cangalim

IDADE: 37

Nº DO DOCUMENTO: 30100324040 ÓRGÃO EMISSOR: SSPCE DATA DE EXPEDIÇÃO: 16/10/2014

C.N.: Fis.: LIVRO: DATA DE EMISSÃO: / / CARTÓRIO:

NATURALIDADE: Fortaleza PROFISSÃO: Func. público DATADO NASC.: 19/09/1982

EST. CIVIL: Solteiro SEXO: cm TELEFONE: 96138382 ESCOLARIDADE:

RELIGIÃO: RAÇA/COR:

ENDERECO: Rua do Instituto

FILIAÇÃO: Luis Cunha Cangalim

2. QUEIXA PRINCIPAL: Pct. vítima de acidente automobilístico.

3. HISTÓRIA ATUAL: Pct. Rx → Fratura c/ 2º FRCOD.

4. DIAGNÓSTICO:

5. CONDUTA: Rx Diprofeno OFAT IM + Finsa 300 mg SCIEC 30,

5. EXAMES SOLICITADOS:

7. P.A. 130x90 mmHg

3. TEMP.:

9. PESO: 89 Kg

Dr. Halisson Castelo Branco

Médico

CREMEC 20.374

Assinatura do Médico

03/04/2020 16:11:40

ASL-0070458/20  
lidia.cunha.0081  
03/04/2020 16:11:40ASL-0070458/20  
lidia.cunha.0081  
03/04/2020 16:11:40ASL-0070458/20  
lidia.cunha.0081  
03/04/2020 16:11:40



Prefeitura Municipal de Tamboril  
Secretaria de Saúde do Município



## RECEITUARIO

PACIENTE:

Guilherme York Angelim

ENDEREÇO:

Aleto

Meu paciente foi vítima de acidente automobilístico, com consequente lesão trauemática e fractura de 2º grau esquerdo distal (L10 D10 S62.6). Tais imobilizações deverão ser observadas laborais.

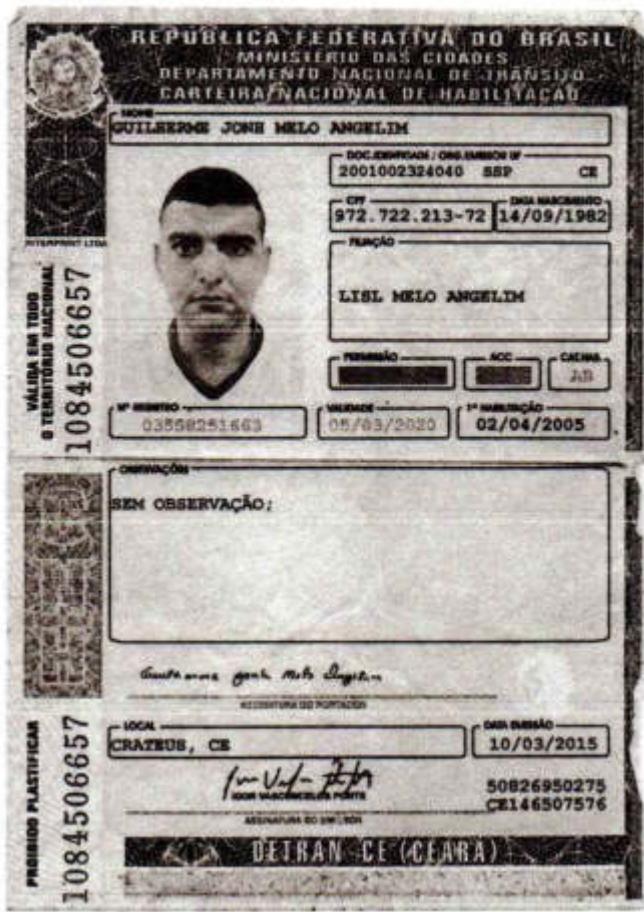
Breno Mendonça Alves  
Médico  
CRM/CE: 19.322

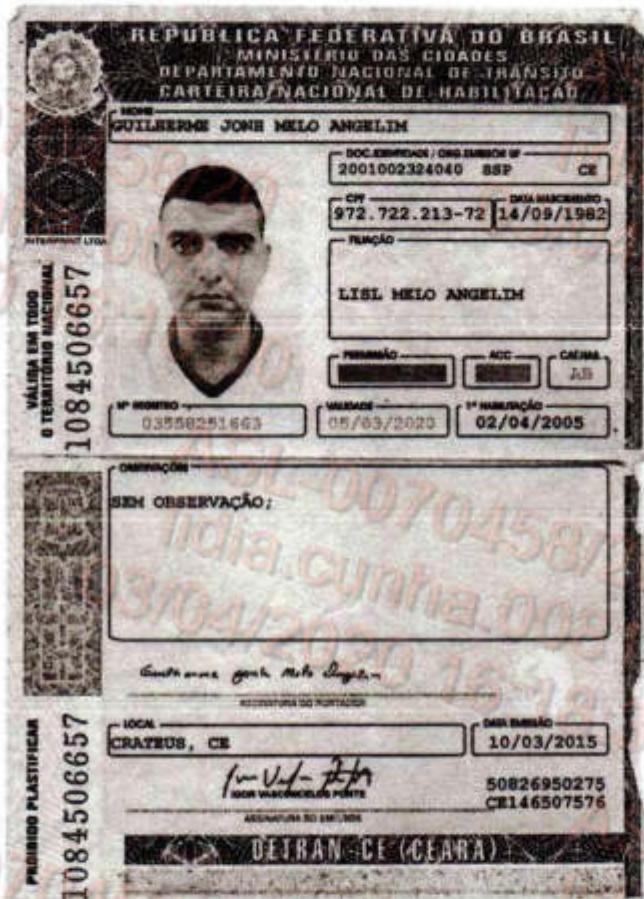
BRUNO C. TELES  
Médico  
CRM/CE: 10.000

DATA: 12/03/2020

PROFISSIONAL CONSELHO

"Juntos podemos impedir a DENGUE. Evite água parada."





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070458/20

**Vítima:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**CPF:** 972.722.213-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/01/2020

**Titular do CPF:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**GUILHERME JONH MELO ANGELIM : 972.722.213-72**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/02/2020  
Nome: GUILHERME JONH MELO ANGELIM  
CPF: 972.722.213-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

---

GUILHERME JONH MELO ANGELIM

---

ALANA DA SILVA DE MATOS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070458/20

Número do Sinistro: 3200087688

Vítima: GUILHERME JONH MELO ANGELIM

CPF: 972.722.213-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/01/2020

Titular do CPF: GUILHERME JONH MELO ANGELIM

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2020  
Nome: GUILHERME JONH MELO ANGELIM  
CPF: 972.722.213-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

---

GUILHERME JONH MELO ANGELIM

---

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108637/20

**Vítima:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**CPF:** 972.722.213-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/01/2020

**Titular do CPF:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**GUILHERME JONH MELO ANGELIM : 972.722.213-72**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/04/2020  
Nome: GUILHERME JONH MELO ANGELIM  
CPF: 972.722.213-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2020  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

---

GUILHERME JONH MELO ANGELIM

---

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios); Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 2200/08 7688

Data da solicitação: 12-03-2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: GUILHERME JONAH MELO ANGOLIM

CPF do beneficiário: 979.722.213-72

Nome do solicitante: GUILHERME JONAH MELO ANGOLIM

CPF do solicitante: 979.722.213-72

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (58) 199291-1706

Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

E-mail: [admilsonkayry@hotmail.com](mailto:admilsonkayry@hotmail.com)

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DECLARO que fui vítima de acidente automobilístico com consequências de fratura no 2º dedo da mão direita. Sendo dificuldades de exercer as atividades diárias.  
ATENCIOSAMENTE:

Tan-Bodil - 06.30 de Março de 2020  
Local e Data

+ GUILHERME JONAH MELO ANGOLIM  
Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108637/20

**Vítima:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**CPF:** 972.722.213-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/01/2020

**Titular do CPF:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**GUILHERME JONH MELO ANGELIM : 972.722.213-72**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/04/2020  
Nome: GUILHERME JONH MELO ANGELIM  
CPF: 972.722.213-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2020  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

---

GUILHERME JONH MELO ANGELIM

---

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios); Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 2200/08 7688

Data da solicitação: 12-03-2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: GUILHERME JONAH MELO ANGOLIM

CPF do beneficiário: 979.722.213-72

Nome do solicitante: GUILHERME JONAH MELO ANGOLIM

CPF do solicitante: 979.722.213-72

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (58) 199291-1706

Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

E-mail: [admilsonkayry@hotmail.com](mailto:admilsonkayry@hotmail.com)

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DECLARO que fui vítima de acidente automobilístico com consequências de fratura no 2º dedo da mão direita. Sendo dificuldades de exercer as atividades diárias.  
ATENCIOSAMENTE:

Tan-Bodil - 06.30 de Março de 2020  
Local e Data

+ GUILHERME JONAH MELO ANGOLIM  
Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200139101 Cidade: Tamboril Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: GUILHERME JONH MELO ANGELIM Data do acidente: 27/01/2020 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

Data da análise: 07/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

Sequelas permanentes: REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA

Documentos complementares:

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200139101      **Cidade:** Tamboril      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM      **Data do acidente:** 27/01/2020      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 07/04/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070458/20

**Vítima:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**CPF:** 972.722.213-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/01/2020

**Titular do CPF:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**GUILHERME JONH MELO ANGELIM : 972.722.213-72**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/02/2020  
Nome: GUILHERME JONH MELO ANGELIM  
CPF: 972.722.213-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

---

GUILHERME JONH MELO ANGELIM

---

ALANA DA SILVA DE MATOS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070458/20

Número do Sinistro: 3200087688

Vítima: GUILHERME JONH MELO ANGELIM

CPF: 972.722.213-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/01/2020

GUILHERME JONH MELO  
ANGELIM

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2020  
Nome: GUILHERME JONH MELO ANGELIM  
CPF: 972.722.213-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

---

GUILHERME JONH MELO ANGELIM

---

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108637/20

**Vítima:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**CPF:** 972.722.213-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/01/2020

**Titular do CPF:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**GUILHERME JONH MELO ANGELIM : 972.722.213-72**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/04/2020  
Nome: GUILHERME JONH MELO ANGELIM  
CPF: 972.722.213-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2020  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

---

GUILHERME JONH MELO ANGELIM

---

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA