

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3190342476	CPF da vítima: 834202823-20	Nome completo da vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA				
Profissão: AGRICULTOR	Endereço: PR. PAJ. JOÃO	CPF: 834202823-20	Número: 511	Complemento: -
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: ARATUBA	Estado: CEARÁ	CEP: 62762-000	Tel (DDD): (085) 999232272
E-mail: JUAVAF.2012@outlook.com				

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 OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (257) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Name do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3957** CONTA: **11285** (2)

(Informar o dígito se valutar)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se valutar)

(informar o dígito se valutar)

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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI), para fins de meu requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinei** uma das opções:

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

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

RECIBO
7 JUL 2019
Francisco F. Nobre
Assinatura

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Este cliente 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: **Anatuba 24-07-19**

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01111

CONTA: 00000089880-3

Nr. da Autenticação FF65886887AD032E

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

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190342476

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190342476

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

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, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190342476

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

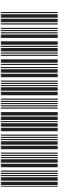
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190342476

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

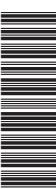
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190342476

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190342476

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001111**

Conta: **0000089880-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

834-202.823-20 FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

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

Nome completo: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA		CPF: <input type="text"/>
Profissão: AGRICULTOR	Endereço: <input type="text"/>	Número: <input type="text"/> Complemento: <input type="text"/>
Bairro: <input type="text"/>	Cidade: <input type="text"/>	Estado: <input type="text"/> CEP: <input type="text"/>
E-mail: <input type="text"/>	Tel. (DDD): <input type="text"/>	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

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

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

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

RECEBEMOS

- 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.

21 MAI 2019

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 da incapacidade permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

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

Local e Data: Anotar:
 Nome:
 CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):
 Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

TESTEMUNHAS

1º | Nome:
 CPF:

Assinatura

2º | Nome:
 CPF:

Assinatura

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA



Impresso nº 2018296164

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 1805 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **13/12/2018 08:49:18**

Data / Hora da Ocorrência: **23/07/2018 05:30:00**

Endereço da Ocorrência: **VILA SÃO FRANCISCO**

Complemento:

Bairro: **VILA SÃO FRANCISCO** Município: **CAPISTRANO/CE** RECEBEMOS
Ponto de Referência: **ALTAR DE SÃO FRANCISCO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA**

? / MAI 2018

Nascimento: **17/03/1975** CPF: **834.202.823-20**

CNH: **1407037565** Orgão Emissor: **DETTRAN**

Filiação: **MARIA ELIENE DE OLIVEIRA SILVA**
FRANCISCO LIMA DA SILVA

Maria Geraldo F. Nogueira
Cônjugue do Sôb. Elen
CNPJ: 21.487.736/0001-09

Endereço: **SITIO PAI JOÃO**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **ARATUBA/CE**

País: **BRASIL**

CEP:
Telefone: (85) 99689-5103

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMJ4284** Uf: **CE** Município: **GUARAMIRANGA** Chassi: **9C2KC1660FR050073** Renavam: **1051909802** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN EX** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **LUCAS QUITERIA NUNES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

A vítima informa que conduzia o veículo acima discriminado, quando ao passar pelo local citado, um cachorro atravessou na frente do veículo sendo que a vítima ao atropelar o animal, perdeu o controle do veículo e caiu ao solo. A vítima informa que ao cair, o veículo caiu por cima de sua perna direita, causando-lhe fratura no joelho direito. A vítima informa que foi socorrida por um popular até o Hospital de Capistrano, onde foi transferida para o Hospital de Aracoiaba, onde foi atendida e liberada. A vítima informa que começou a sentir fortes dores e retornou ao Hospital de Aracoiaba na data de 31/07/2018, onde foi atendido e passou por procedimento cirúrgico ficando internada até a data de 21/08/2018, quando recebeu alta.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *[Signature]*

CLÁUDIO GALL - MAT.: 106210-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Francisco Clerton de Oliveira Silva*

VISTO DO DELEGADO(A) : *[Signature]*

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

Consolidado em: 13/12/2018 09:06:17

Paula Pereira Sebastião
Delegada de Polícia Civil
Mat. 301242-1-9

Pág. 1 de 2

Consolidado em: 13/12/2018 09:06:17



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



Impresso nº 2018296164

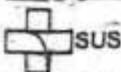
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 413 - 1805 / 2018

PAULA PEREIRA SEBASTIAO - MAT.: 30124219

RECEBEMOS

21 MAI 2018

Maria Gacinéide F. Nogueira
Contadora de Seguros Exec.
CNPJ 21.487.736/0001-06



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

8 - N.º DO PRONTUÁRIO

035-046

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

17/03/75

9 - SEXO

Masc. Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio

diretor do hospital

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

RECEBEMOS

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

21 MAI 2019

Maria Geraldo F. N.
Centro de Saude E
CID 10 PRINCIPAL CID 10 SECUNDARIO
CID 10 CÓDIGO DE DIA
CID 10 CÓDIGO DE DIA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDARIO

23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050551

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

33/07/18

PROCEDIMENTO SOLICITADO

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA DA SAÚDE
FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

L-509

FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

SAME	47.22	CLÍNICA	BLOCO/LEITO	CATEGORIA
NOME	Fá. Plantão de Clínica Silveira			REGISTRO
NATURALIDADE	Aracoiaba	SEXO	NASCIMENTO	IDADE
ESTADO CIVIL	casado.	PROFISSAO		GRAU INSTRUÇÃO
RESIDÊNCIA	Tur Jato			BAIRRO
FILIAÇÃO	Fá Lima da Silva			
NOME DO CÔNJUGE	m= Eliane Oliveira Lima			

PESSOA A NOTIFICAR EM CASO DE URGÊNCIA	PARENTESCO	
RESIDÊNCIA	BAIRRO	FONE
RESPONSÁVEL	PARENTESCO	
RESIDÊNCIA	BAIRRO	FONE

DOCUMENTO APRESENTADO PARA INTERNACAO	DATA DA INTERNACAO	DATA DA SAIDA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO	DESTINO DADO AO PACIENTE
DOS: 127.41039197 0006-1	2015-01-13	2015-01-18	5	=

DIAGNÓSTICO	TIPO	ÓBITO
		<input type="checkbox"/> 0 INEXISTÊNCIA DE DADOS <input type="checkbox"/> 1 ÓBITO OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> 2 ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO NAS PRIMEIRAS 24 hs <input type="checkbox"/> 3 ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO COM MAIS DE 24 hs E ATÉ 72 hs <input type="checkbox"/> 4 ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO COM 72 hs E NA 1ª SEMANA APÓS ATO OPERATÓRIO <input type="checkbox"/> 5 ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DEPOIS DA PRIMEIRA SEMANA APÓS ATO OPERATÓRIO <input type="checkbox"/> 6 ÓBITO POR ANESTESIA
2 MELHORADO	<input type="checkbox"/> 6 ADMINISTRATIVO (CHEFIA MÉDICA OU SUPERVISÃO DO HOSPITALAR)	
3 INALTERADO	<input type="checkbox"/> 7 POR INDISCIPLINA	
4 A PEDIDO	<input type="checkbox"/> 8 POR EVASÃO	
5 INTERNADO PARA DIAGNÓSTICO	<input type="checkbox"/> 9 PARA COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO AMBULATORIAL	

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	CÓDIGO
------------------------	--------

DIAGNÓSTICO SECUNDARIOS	CÓDIGO
-------------------------	--------

OPERAÇÃO	CÓDIGO
----------	--------

ÓBITO	<input type="checkbox"/> ANTES DE 24hs	<input type="checkbox"/> DEPOIS DE 24hs	AUTÓPSIA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
-------	--	---	----------	------------------------------	------------------------------

OBSERVAÇÕES

Procedimento realizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) sem nenhum ônus para o paciente ou qualquer tipo de convênio <i>9/01/2015</i> <small>Diretor do Hospital</small>		RECEBEMOS
		21 MAI 2015
		<i>Maria Geralda F. Nobre</i> <i>Conselheira de Segundo Exel</i> <i>CNPJ 21.487.735/0001-56</i>

Erivaldo

SAME - FUNCIONARIO

MÉDICO ASSISTENTE - CRM

ANESTESIA

anestesiado
anestesiado
anestesiado
anestesiado
anestesiado
anestesiado
anestesiado
anestesiado
anestesiado
anestesiado

+ espécies campas
+ longitudinal / latera /

de maneira p/ plano

Foto Fractura

IV UV

reduzida fratura plato tibia

fixada colo p/ fixar em 1 - par

jumper

p/ controle

Suturas p/ plano

curativo

Tela grande

DATA 16/08/18

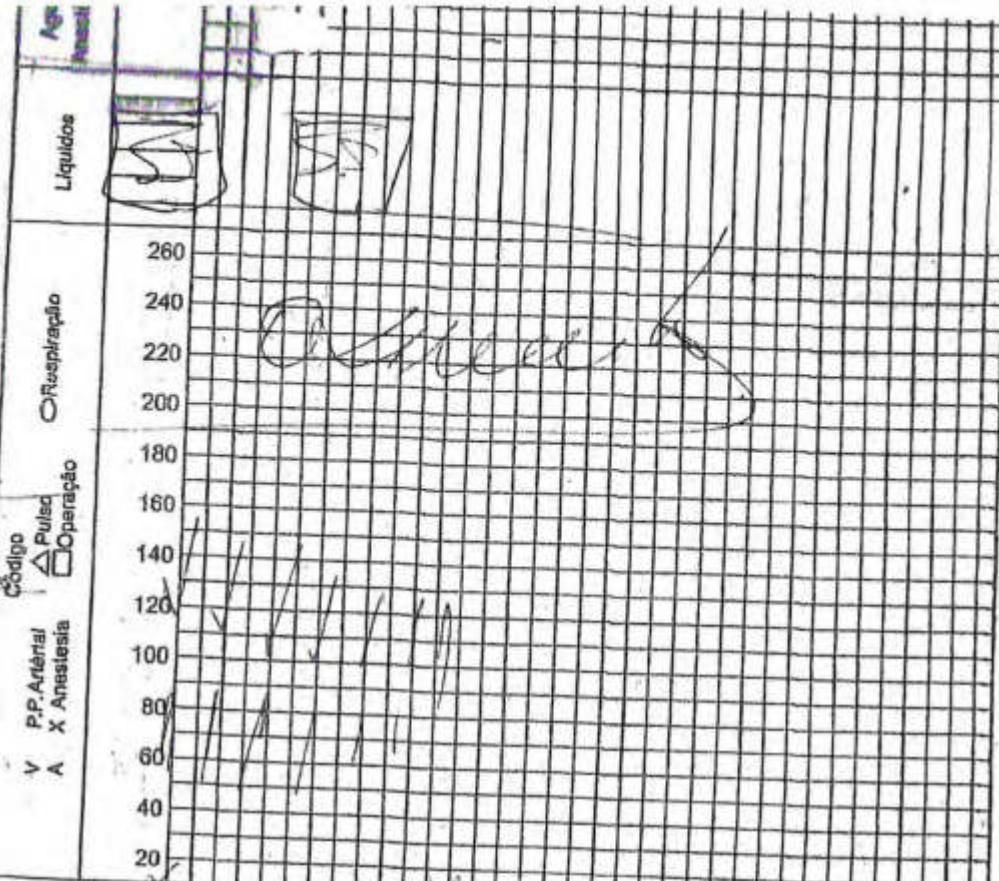
Cirurgião - Ass. e Carimbo

1º Auxiliar - Ass. e Carimbo

Maria Gacelma F. Nogueira
Cachorro da SAG - MEC
CHPJ 21481
Data _____

2º Auxiliar - Ass. e Carimbo
Ass. e Carimbo
Ortopedia / Traumatologia
(P.M. E.C.)

2º Auxiliar - Ass. e Carimbo



Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação, da anestesia e o maior consumo de material e medicamentos.

RECEBEMOS

7/8/2018

Carimbo de assinatura
CIRURGICO DE ANESTESE
CIRURGICO DE TRABALHO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA
(Preencher todos os campos após a cirurgia verso o anverso)

Nome do Paciente

no do paciente.
Fto: elton d. silve

Diagnóstico:

Diagnóstico: fractura plato fibia dir.

Operações

Operação: Organizar o planejamento

61	MATERIAL DE SALA	TIPO	Q	V.
Lentes proctoscopio			07	
u. jstek 7-5			02	
1. 3. 5			02	
aparelho 10x12			02	
d. 25x7			01	
aparelho pl. negar n. 36			02	
Cigarras			01	
Colchão			01	
almofada			02	
Stainless crepon			09	
Stainless gessato			04	
Lona pl. ligeira n. 21			01	
Serviço San.			02	
1. 10m			02	
nylon 4-p			02	
8Ducf 2-0			02	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190342476 **Cidade:** Capistrano **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/07/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO PG. 3,4.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190342476 **Cidade:** Capistrano **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/07/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO PG. 3,4.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Procuração

OUTORGANTE(S):

Nome: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA
Brasileiro(a), Estado Civil: CASADO, Profissão: AGRICULTOR,
Portador (a) do RG: 20076609825, Órgão Expedidor: SSP-CE,
Inscrito no CPF nº: 834202 823-20, residente e domiciliado a no (a)
Rua: _____,
Nº: _____, Bairro: _____, CEP: 62762-000,
Cidade: ARATUBA, Estado: CEARÁ

OUTORGADO: FRANCISCO JOSCELINO ALVES DE LIMA, Brasileiro(a).
Estado Civil: SOLTEIRO, Proissão: GUARDA MUNICIPAL, Portador(a) do RG nº:
2001021054419, Órgão Expedidor: SSP.CE, Inscrito no CPF nº:749309663-53,
residente e domiciliado(a) no (a) na Rua: CONJUNTO PADRE PEDROSA, nº: 10,
Bairro: CENTRO, Estado: CEARÁ, CEP: 62 764.000, Cidade: MULUNGU.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a)

Francisco Clerton de Oliveira Silva.

ocorrido em 23 / 03 / 18, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a), representar o(a) outorgante como se o(a) própria fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar a Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documento; que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais ágil e fiel cumprimento do presente mandato

Mulungu /CE _____ de _____ 2018

OUTORGANTE: Francisco Clerton de Oliveira Silva

RECEBEMOS

21 MAI 2019

Maria Gabinete F. Nogueira
Corregedora de Seguros Eletro
CNPJ:21.487.739/0001-06

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175259/19

Número do Sinistro: 3190342476

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILV.

CPF: 834.202.823-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/07/2018

Titular do CPF: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA : 749.309.663-53

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/07/2019

Nome: FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA

CPF: 749.309.663-53

Data do cadastramento: 04/07/2019

Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

CPF: 890.278.843-15

FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175259/19

Número do Sinistro: 3190342476

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILV.

CPF: 834.202.823-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/07/2018

Titular do CPF: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA : 749.309.663-53

Comprovante de residência

Procuração

FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA : 834.202.823-20

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 26/06/2019

Nome: FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA

CPF: 749.309.663-53

Data do cadastramento: 26/06/2019

Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

CPF: 890.278.843-15

FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175259/19

Vítima: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILV.

CPF: 834.202.823-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/07/2018

Titular do CPF: FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA : 749.309.663-53

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

FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA : 834.202.823-20

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: 24/05/2019
Nome: FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA
CPF: 749.309.663-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

FRANCISCO JUSCELINO ALVES DE LIMA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

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:

3190342476

CPF da vítima:

834202823-20 FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA

CPF:

834202823-20

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

PR. PAJ JOÃO

Número:

511

Complemento:

-

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

ARATUBA

Estado:

CEARÁ

CEP:

62762-000

E-mail:

JMOVAT2017 @ outlook.com

Tel.(DDD):

(085) 999282272

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3957

8

CONTA: 11285

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

Vivos: Falecidos: _____

Vivos: _____

Falecidos: _____

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

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

RECEBEMOS

Assinatura: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

13 AGO 2019

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Francisco Clerton de Oliveira Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Mario Gacimunda F. Nobre
Comunidade da Sagrada Família

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o preenchimento e assinatura 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.